



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

PROYECTO DE LEY NÚMERO DE 2017 SENADO

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad y seguimiento de los servicios; y la sostenibilidad y el equilibrio financiero mediante el esquema de Administración Regulada.

Para tal efecto, se redefinen las funciones de administración de recursos financieros del Sistema, de aseguramiento y de prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, el oportuno y adecuado flujo de recursos que financian el mismo y su correcta destinación. Establece los principios del Sistema, los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria en salud, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud, el régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y su fortalecimiento y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 2. Ámbito de la ley. La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina, financia, inspecciona, vigila y controla la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud y los roles de los actores involucrados.

Artículo 3. Administración de los recursos del SGSSS. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, se encargará del Manejo de los Recursos de la salud, estará encargada de su

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

recaudo y administración, de efectuar los pagos a que hubiere lugar y de la gestión del riesgo financiero; así mismo, en el Sistema General de Seguridad Social existirán unas entidades que se dediquen a la gestión especializada de la salud, a las actividades de organización y logística necesarias para la prestación de los servicios en salud, incluidos los de promoción y prevención y los que resulten necesarios en virtud de la estrategia de Atención Primaria en Salud. La regulación estará a cargo del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a las competencias legales vigentes y a las que se asignan a través de la presente ley. En ningún caso las entidades encargadas de la organización del SGSSS, tendrán a cargo el recaudo de las cotizaciones o recursos del SGSSS.

Artículo 4. Fundamento de la Administración Regulada. Además de los principios que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administración Regulada, que se entiende dirigida a la satisfacción del Derecho a la Salud de los afiliados, constituye fundamento de la prestación del servicio público de seguridad social en salud, para la administración y gestión eficiente de los recursos que financian el Sistema, lo mismo que para la gestión especializada del riesgo en salud y la prestación de los servicios de salud, mediante la realización especializada de cada una de dichas actividades o funciones, por parte de las respectivas entidades, en las condiciones previstas en la presente ley y demás disposiciones vigentes.

La Administración Regulada se desarrollará e integrará con el modelo de Atención Primaria en Salud y propenderá por la acción coordinada de los diferentes actores del Sistema, con el fin de mejorar la salud de la población y propiciar un ambiente sano.

Artículo 5. Objetivo y características. El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

El Sistema tendrá las siguientes características:

- a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Estado;
- b) Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el efecto;
- c) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- d) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9ª de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporados en Plan Decenal de Salud Pública y en sus planes territoriales;
- e) Tendrá atención primaria y complementaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, a través de un esquema de aseguramiento social al cual se afilien todos los residentes del territorio colombiano. La gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponde a los Gestores de Servicios de salud;
- f) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, diferenciados, en forma exclusiva, por los reconocimientos económicos que la Ley defina para quienes coticen al mismo.
- g) Contará con una entidad que será la responsable de administrar la información de la afiliación, adelantar el recaudo, administración, pago, giro directo a prestadores y proveedores, o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;
- i) Operará mediante esquemas de integración territorial y redes integradas. Para el efecto se conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;
- j) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas;
- k) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;
- l) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, y a los profesionales, dentro de las condiciones de la presente ley.

Artículo 6. Evaluación del sistema. A partir del año 2018, cada cuatro (4) años, el Gobierno Nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;
- b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;
- c) El aporte de las tecnologías en salud;
- d) La capacidad de la red hospitalaria;
- e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;
- f) Los resultados de las políticas de salud pública;
- g) La inspección, vigilancia y control;

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;
- i) La sostenibilidad financiera;
- j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.

El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República, previa la revisión que realice una comisión que para el efecto designen las Comisiones Séptimas Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada dos (2) años a las mencionadas comisiones.

Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector.

Artículo 7. Principios del sistema. El artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, quedará así:

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

- a) Universalidad. El Sistema cubre a todos los residentes en el territorio colombiano, en todas las etapas de la vida;
- b) Solidaridad. El Sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, sectores económicos y comunidades para garantizar el acceso y la sostenibilidad de los servicios de salud;
- c) Eficiencia. El Sistema optimiza la relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y la calidad de vida de la población;
- d) Igualdad. El Sistema ofrece la misma protección y trato a todas las personas habitantes en el territorio colombiano, quienes gozarán de iguales derechos, sin discriminación por razones de cultura, minoría étnica, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad, capacidad económica y situación de discapacidad, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y niñas y de las acciones afirmativas;
- e) Obligatoriedad. Todos los residentes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;
- f) Equidad. El Sistema garantiza políticas públicas tendientes al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;
- g) Calidad. El Sistema garantiza que los agentes, servicios y tecnologías de salud se centran en los residentes del territorio colombiano, sean apropiados desde el punto de vista médico y técnico y respondan a estándares aceptados científicamente, con integralidad, seguridad y oportunidad. La calidad implica que el personal de la salud sea competente y que se evalúen los establecimientos, servicios y tecnologías ofrecidos;

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- h) Participación social. El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan;
- i) Progresividad. El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estado;
- j) Libre elección. El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir a su Gestor de Servicio de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación;
- k) Sostenibilidad. El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, los cuales deberán tener un flujo efectivo. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.
- l) Transparencia. El Sistema establece que las condiciones de prestación del servicio, la relación entre los distintos agentes del Sistema, la definición de políticas y la información en materia de salud deben ser públicas, claras y visibles, considerando la confidencialidad y protección de datos a que haya lugar;
- m) Descentralización administrativa. El Sistema se organiza de manera descentralizada administrativamente por mandato de la ley y de él harán parte las Entidades Territoriales;
- n) Complementariedad y concurrencia. El Sistema propicia que las autoridades y los diferentes agentes, en los distintos niveles territoriales, colaboren entre sí con acciones y recursos dirigidos al logro de sus objetivos y se articulen adecuadamente sin perjuicio de sus competencias;
- o) Corresponsabilidad. El Sistema promueve que todas las personas propendan por su autocuidado, por el cuidado de su familia y de la comunidad, por un ambiente sano, por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema y por el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Los agentes del Sistema difundirán, apropiarán y darán cumplimiento a este principio;
- p) Irrenunciabilidad. El Sistema garantiza que las personas no sean privadas u obligadas a prescindir de sus derechos, ni a disponer de los mismos. El derecho a la Seguridad Social en Salud es de orden público y, por tanto, irrenunciable;
- q) Intersectorialidad. El Sistema promueve que los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afecten los determinantes sociales y el estado de salud de la población, actúen mediante acciones conjuntas y coordinadas;

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- r) Prevención. El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;
- s) Integralidad. El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;
- t) Inembargabilidad. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, su destinación es la prestación y pago efectivo de los servicios de salud de los afiliados y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente;”.

CAPÍTULO II

Salud pública y atención primaria en salud

Artículo 8. Salud pública. Se entiende por salud pública el conjunto de acciones colectivas llevadas a cabo por el Estado sobre las comunidades y sus entornos, dirigidas y ejecutadas para mantener la salud y prevenir la enfermedad, las cuales incluye:

- Funciones y competencias relacionadas con el ejercicio de la rectoría, como lo son entre otras, las de planeación, regulación, gerencia, vigilancia y control en salud pública en el territorio. Dichas funciones y competencias estarán bajo la responsabilidad indelegable del Estado y serán asumidas y financiadas de manera directa por cada Entidad Territorial conforme a las competencias definidas en los artículos 43.3, 44.3 y 45 de la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes.
- Acciones sectoriales e intersectoriales sobre los determinantes sociales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente que contribuyan a disminuir la inequidad en salud entre los distintos grupos poblacionales.
- Acciones dirigidas a disminuir, mitigar o modificar los riesgos individuales.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá:

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- i) Los lineamientos, metodologías, herramientas e instrumentos que permitan fortalecer la planeación y gestión en salud pública en los niveles municipal, distrital y departamental;
- ii) Los modelos de evaluación, seguimiento y control;
- iii) Las responsabilidades y requerimientos para todos y cada uno de los actores del Sistema en esta materia; y
- iv) Las acciones de cooperación y asistencia técnica permanente para su implementación y desarrollo.

Parágrafo. La prestación de las acciones colectivas se realizará mediante contratación con instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el registro de prestadores para este fin, el Sistema de Garantía de la Calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de salud pública y los resultados en salud de las mismas.

Artículo 9. Planeación en salud pública. La planeación en salud pública en el territorio nacional estará integrada por los siguientes niveles e instrumentos:

- Un Plan Decenal de Salud Pública formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual contendrá el análisis de la situación de salud, el diagnóstico de las prioridades y los lineamientos de acción del territorio nacional y sus Entidades Territoriales en materia de salud pública y de la atención individual en salud. Este Plan establecerá las pautas para una acción coordinada y articulada entre sectores y actores para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública, de prestación de servicios y la intervención sobre los determinantes sociales de la salud.

- Planes Territoriales de Salud formulados cada cuatro (4) años por las Entidades Territoriales los cuales desarrollarán el Plan Decenal de Salud Pública y contendrán el diagnóstico de la situación de salud, las prioridades, los lineamientos, las estrategias e intervenciones en materia de salud pública y atención individual en salud. Estos Planes harán parte del Plan de Desarrollo Territorial, serán elaborados en coordinación con los Consejos Locales de Política Social y los demás agentes del Sistema e incluirán las recomendaciones de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública. La desagregación de los Planes Territoriales de Salud se hará mediante los Planes Operativos Locales.

El Plan Territorial de Salud integrará los componentes de intervenciones colectivas construido por el territorio y el de intervenciones individuales elaborado por los Gestores de Servicios de Salud que operen en el respectivo territorio.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Dicho Plan debe tener como mínimo cuatro (4) líneas de acción:

- i) Promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud;
- ii) Gestión del riesgo en protección específica, detección temprana, diagnóstico y tratamiento por los Gestores de Servicios de Salud en el respectivo territorio;
- iii) Gestión en salud pública, en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes, y el ejercicio de la autoridad sanitaria; y
- iv) Desarrollo del componente de red de prestación de servicios.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial. La evaluación estará centrada en la medición de resultados en salud y se utilizarán los datos de los registros administrativos y bases de datos oficiales existentes en el país.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el conjunto de actividades colectivas en salud pública, así como los programas nacionales, departamentales y municipales requeridos para el cumplimiento de dichas actividades.

Artículo 10. Estrategia de atención primaria en salud. El diseño y ejecución de las acciones de salud pública y atención individual en salud adoptarán como su estrategia principal la atención primaria en salud.

Para tal efecto, el Gobierno Nacional definirá en un plazo no mayor de seis (6) meses la Política Pública de la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta su modelo de atención operativo y su implementación gradual y progresiva.

La estrategia de atención primaria en salud debe estar en concordancia con las características de cada Entidad Territorial, sus planes de desarrollo y planes territoriales de salud.

Artículo 11. Investigación, innovación y desarrollo tecnológico para la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social orientará y promoverá el desarrollo de actividades científicas, tecnológicas y de innovación, que ofrezcan respuestas a las necesidades y problemas de salud de los colombianos.

Igualmente, en coordinación con las entidades del sector salud, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, definirán

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

los lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de investigación, priorizando las acciones que deban desarrollarse con recursos públicos.

Las prioridades de que trata el presente artículo y los recursos que se orienten para tal fin se establecerán de manera conjunta con Colciencias con el propósito de promover alianzas estratégicas con los diferentes actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

CAPÍTULO III

Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 12. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES cuyo objeto es administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de afiliación podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la ADRES.

Artículo 13. Funciones de la ADRES. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES tendrá adicionalmente las siguientes funciones:

- a) Administrar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;
- b) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de salud y las demás que la ley determine;
- c) Administrar el Fondo de Garantías para el sector salud que se crea a través de la presente ley;
- d) Ordenar los pagos que correspondan, efectuar los giros directos en nombre de los Gestores de Servicios de Salud o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;
- e) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;
- f) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- g) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;
- h) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.
- i) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Parágrafo 1. La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que para el recaudo de las mismas procedan.

Parágrafo 2. El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual se harán de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.

Artículo 14. Recursos que recaudará y administrará. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES recaudará y administrará los siguientes recursos:

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;
- b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;
- c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;
- d) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia los artículos 279 de la Ley 100 de 1993 y 2° de la Ley 647 de 2001;
- e) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Estos recursos se girarán directamente desde el responsable del recaudo;

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- f) Los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012 los cuales serán transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, entendiéndose así ejecutados;
- g) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;
- h) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010;
- i) Los recursos del Fonsat creado por el Decreto-ley 1032 de 1991;
- j) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobrará en adición a ella;
- k) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009;
- l) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado. Estos recursos serán girados directamente por los generadores y por el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de productos extranjeros a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES. La Entidad Territorial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;
- m) Los rendimientos financieros que se generen por la administración que haga la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES de los recursos a que se refiere el presente artículo;
- n) Los recursos que la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) recaude como consecuencia del cobro coactivo los cuales transferirá directamente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES sin operación presupuestal;
- o) los copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros de los usuarios del sistema.
- p) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la Ley o el reglamento.

Parágrafo 1. Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y n) se contabilizarán individualmente a nombre de las Entidades Territoriales.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Parágrafo 2. La totalidad de los recursos señalados en los literales k) y l) se destinarán para los fines previstos en el presente artículo, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 del Decreto-ley 019 de 2012.

Parágrafo 3. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse sin situación de fondos en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.

Parágrafo 4. Los recursos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos del subsidio familiar no harán parte del Presupuesto General de la Nación.

Artículo 15. Destinación de los recursos administrados. Los recursos que administra la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES se destinarán a:

- a) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;
- b) Pago por licencias de maternidad o paternidad o incapacidades por enfermedad general de los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- c) Indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos;
- d) Gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011;
- e) Gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina;
- f) Inversión en salud en casos de eventos catastróficos. Estos eventos deberán ser declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social;
- g) Gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente;
- h) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;
- i) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;
- j) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;
- k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- l) Recursos destinados a la inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011;
- m) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;
- n) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.

Parágrafo 1. Los excedentes financieros que genere la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial.

Parágrafo 2. El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud con los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES.

Artículo 16. Órgano de dirección y administración. Corresponderá a la Junta Directiva, además de las funciones señaladas en la ley 489 de 1998, en el decreto 1429 de 2016 y demás normas que la modifiquen, las inherentes al cumplimiento de los objetivos de la entidad, así como asegurar el normal funcionamiento de la administración de la afiliación, pagos, giros, transferencias, recaudo y flujo de recursos a su cargo y de la información relacionada con la entidad.

La Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES deberá formular los criterios para la administración de la afiliación de la población, el recaudo de las cotizaciones, la administración de los recursos a cargo de la entidad, la realización de los pagos, giros o transferencias y para la administración de la información relacionada con las funciones de la entidad.

Parágrafo 1. La definición de los montos que se destinarán a cada concepto de gasto se hará por La Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, así como la política de manejo de inversiones del portafolio.

CAPÍTULO IV

Atención individual y redes de prestación de servicios de salud

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Artículo 17. Atención individual en salud. Las atenciones individuales en salud son aquellas que se realizan sobre las personas para disminuir la probabilidad de enfermar, morir prematuramente o sufrir una discapacidad. Implica realizar acciones para mantener y proteger la salud, diagnosticar la enfermedad oportunamente, ofrecer atención integral y suficiente a la enfermedad y rehabilitar sus secuelas.

Comprende la identificación de las personas de mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas, así como la realización de actividades de búsqueda activa, protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención integral y rehabilitación.

Artículo 18. Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos:

a) Los Prestadores de Servicios de Salud Primarios a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema. Les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes.

Igualmente, ofrecen las prestaciones individuales en medicina general, medicina familiar y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.

b) Los Prestadores de Servicios de Salud Complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.

Parágrafo 1. La atención inicial de urgencias se seguirá ofreciendo en los términos definidos por la ley.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Parágrafo 2. En los servicios provistos a través de Prestadores de Servicios de Salud Primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del Régimen Subsidiado, y a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los servicios provistos por Prestadores de Servicios de Salud Complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, que no constituirán barreras o límites para su debida atención.

Parágrafo 3. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que ofrezcan atención de emergencia o electiva de cualquier tipo dispuestos para las niñas, niños y adolescentes deberán contar con servicios diferenciados de acuerdo con su nivel de complejidad.

Artículo 19. Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor. Las Comisiones de Área de Gestión sanitaria son los responsables de conformar la red de prestación de servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Esta debe garantizar de manera integral y suficiente la prestación de servicio y tecnologías en salud que no se encuentren excluidas.

El Gestor de Servicios de Salud conformará su propia Red de Prestación de Servicios a partir de la Red de Área de Gestión Sanitaria.

Para estos efectos, se deben tener en cuenta los criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente dentro del término de su duración mínima, los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada dentro del término de la duración mínima establecida para su contratación, salvo por las causas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los contratos entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud tendrán una duración mínima de un (1) año. Dicha duración solo podrá modificarse por problemas de habilitación y desempeño de los Prestadores de Servicios de Salud, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo. Su desconocimiento será considerado causal de revocatoria de la autorización de operación del Gestor de Servicios de Salud en la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Igualmente, esta entidad dirimirá los conflictos que se presenten en cumplimiento de lo aquí dispuesto.

Artículo 20. *Habilitación de Prestadores y Redes de Prestación de Servicios de Salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y Redes de Prestadores de Servicios de salud, así como los mecanismos de verificación necesarios para su realización.

La verificación de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud estará a cargo de las Direcciones departamentales y distritales de salud, o quien haga sus veces que correspondan a la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

La verificación de las condiciones de habilitación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud conformadas por los Gestores de Servicios de Salud estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 21. *Áreas de Gestión Sanitaria.* Se entiende por Áreas de Gestión Sanitaria las zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales.

En las Áreas de Gestión Sanitaria deben converger los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías, salvo aquellas que por su complejidad deban ser ofrecidas por redes o prestadores que no se encuentren en dichas áreas.

Artículo 22. *Áreas de Gestión Sanitaria Especial.* En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado para atender las condiciones específicas locales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

áreas. En las zonas de difícil acceso los Prestadores de Servicios de Salud y los Gestores de Servicios de Salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.

Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único operador de servicios de salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo. Definida un Área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud o Gestores de Servicios de Salud.

Parágrafo. La población privada de la libertad estará a cargo de la Unidad Administrativa Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho o quien haga sus veces, la cual se encargará de desarrollar, dirigir, operar y controlar un sistema propio de atención y prestación de servicios de salud, financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación.

CAPÍTULO V

Gestores de Servicios de Salud

Artículo 23. Gestores de Servicios de Salud. Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de conformar y gestionar su Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de un Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de atención en salud.

Los Gestores de Servicios de Salud privados podrán ser sociedades comerciales, organizaciones solidarias y Cajas de Compensación Familiar.

Los Gestores de Servicios de Salud tendrán un órgano colegiado de dirección y contarán con reglas de gobierno corporativo, las cuales deben hacerse públicas. Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá una reserva en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES la cual será definida por la Superintendencia Nacional de Salud en función del número de usuarios, el margen de solvencia y su patrimonio.

Parágrafo. Las actuales Entidades Promotoras de Salud que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema, cumplan con los requisitos de habilitación y

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

con lo establecido en la presente ley podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.

Artículo 24. Funciones de los Gestores de Servicios de Salud. Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes:

- a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de salud dentro del Área de Gestión Sanitaria en la cual opere, así como en todo el territorio nacional cuando requieran transitoriamente servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que conformen;
- b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;
- c) Conformar y gestionar sus Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;
- d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. Está prohibido transferir la obligación de realizar trámites administrativos internos del Gestor de Servicios de Salud y de la Red de Prestadores de Servicios de Salud a los usuarios. Su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en la Ley 1438 de 2011;
- e) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención;
- f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud de conformidad con lo establecido en la presente ley. Los contratos deben estar disponibles para los usuarios y agentes del Sistema en la página web de cada Gestor de Servicios de Salud;
- g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Área de Gestión Sanitaria en que operen;
- h) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y ordenar los giros directos desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red de Prestación de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;
- i) Contar con centros de atención permanente en todos los Municipios y Distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;
- j) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestación de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- k) Entregar información trimestral sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;
- l) Participar y apoyar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES en los procesos operativos de afiliación;
- m) Facilitar que la información clínica de sus usuarios esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;
- n) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestación de Servicios de Salud;
- o) Garantizar las prestaciones individuales de salud, con cargo al valor de los recursos que reciba para el efecto y a su patrimonio, en caso de no ser suficiente. Con el propósito de soportar las necesidades de financiamiento en la prestación de servicios deberán contar y mantener una reserva en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES para respaldar obligaciones con los Prestadores de Servicios de Salud;
- p) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;
- q) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, de los Prestadores de Servicios de Salud de su red;
- r) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, cada doce (12) meses, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud; utilizando para este efecto medios masivos de comunicación públicos y privados así como las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC).
- s) Tramitar y pagar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES.

Artículo 25. Comisión de Área de Gestión Sanitaria. Con la finalidad de facilitar una adecuada planificación, gestión, vigilancia y control en la operación del Sistema, se creará una Comisión en cada una de las Áreas de Gestión Sanitaria definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Esta Comisión estará integrada por dos (2) representantes de las Entidades Territoriales que comprenden el Área de Gestión Sanitaria, uno de los cuales la presidirá, por un (1) representante del Ministerio de Salud y Protección Social, dos (2) representantes de los Gestores de Servicios de Salud, un (1) representante de los Prestadores de Servicios de Salud y un (1) representante de los usuarios.

Entre sus funciones está apoyar a las autoridades competentes en los siguientes procesos:

- a) Conformación y actualización de la Red de Prestación de Servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria;
- b) Monitoreo y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;
- c) Monitoreo y evaluación de la suficiencia, integralidad, calidad y desempeño de las Redes de Prestación de Servicios;
- d) Apoyo en la definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;
- e) Coordinación con los diferentes sectores públicos y privados en el manejo de los determinantes sociales de la salud;
- f) Información periódica a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Comunidad el desarrollo del Sistema en la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

La parte operativa para el desarrollo de las funciones establecidas estará a cargo de las Secretarías de Salud departamentales y distritales, o quien haga sus veces conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001 y de la Superintendencia Nacional de Salud según las normas vigentes.

Artículo 26. *Ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud.* Los Gestores de Servicios de Salud podrán operar en un Área de Gestión Sanitaria y constituir filiales para operar en otras Áreas de Gestión Sanitaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir un número adecuado de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para un Área de Gestión Sanitaria, igualmente establecerá las condiciones, formas y plazos para su cumplimiento, acordes con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.

Artículo 27. *Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica, e integralidad y suficiencia de la Red de Prestación de Servicios de Salud. La exigencia de margen de solvencia y patrimonio técnico se calcularán en función de la gestión de riesgo en salud.

La verificación permanente del cumplimiento de las condiciones de habilitación y su cumplimiento continuo que determinen su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se tendrán en cuenta las recomendaciones que para el efecto señalen las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria en sus informes periódicos de evaluación y seguimiento a estas entidades.

Los propietarios, socios, accionistas o corporados, miembros de junta directiva, representantes legales y gerentes, sean personas naturales o jurídicas, de las Entidades Promotoras de Salud y de los Gestores de Servicios de Salud, que hayan sido liquidadas o intervenidas para liquidar por causales diferentes al retiro voluntario o a la insolvencia para pagar sus deudas con la Red de Prestadores de Salud, no podrán conformar o hacerse parte de los Gestores de Servicios de Salud. Esto mismo aplicará para sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero civil, primero de afinidad o cónyuge o compañero(a) permanente.

Artículo 28. Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Los Gestores de Servicios de Salud deberán atender simultáneamente los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes.

Los Gestores de Servicios de Salud que atiendan personas del Régimen Subsidiado, deberán contratar obligatoriamente con los Prestadores de Servicios de Salud públicos en proporción igual a los recursos que corresponden al número de usuarios de este régimen a su cargo. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará criterios para que los Gestores de Servicios de Salud realicen la respectiva contratación.

Si la oferta pública disponible no es suficiente o no está disponible para la demanda requerida, el Gestor de Servicios de Salud deberá contratar el faltante con Prestadores de Servicios de Salud privados, bajo las condiciones que

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

determine el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo siempre en cuenta las recomendaciones realizadas por las respectivas Entidades Territoriales y la Comisión de Área de Gestión Sanitaria.

Sin perjuicio de lo anterior, el porcentaje de contratación con la red pública en el Régimen Subsidiado no podrá ser inferior al 60% de los recursos manejados por el Gestor de Servicios de Salud provenientes de este régimen.

Artículo 29. Gestores de Servicios de Salud con participación pública. Los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, presentes en un Área de Gestión Sanitaria, de manera individual o asociados entre sí o con un tercero, y en cuya jurisdicción se encuentre más de un millón (1.000.000) de habitantes, podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos de habilitación. En cada Área de Gestión Sanitaria solo podrá operar un Gestor de Servicios de Salud de estas características.

Artículo 30. Integración vertical. Se prohíbe la propiedad simultánea de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud bajo cualquier forma y proporción de participación, de manera directa o por interpuesta persona o por parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil, o por el cónyuge o compañero (a) permanente.

Parágrafo 1. La prohibición de la integración vertical de que habla el presente artículo deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de tres (3) años a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 2. Se exceptúan de la presente prohibición las Cajas de Compensación Familiar, los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud cuando estos dos últimos sean de naturaleza pública o mixta, siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50%.

Artículo 31. Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud. Cada Gestor de Servicios de Salud, en una determinada Área de Gestión Sanitaria, tendrá derecho a los siguientes ingresos, atendiendo los porcentajes o montos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social:

a) Una suma fija para financiar los gastos de administración definida con base en el número de usuarios.

Parágrafo 1. De conformidad con la naturaleza jurídica de cada entidad los excedentes y/o utilidades solo se liquidarán al cierre de la vigencia fiscal previo el

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

cumplimiento del régimen patrimonial, de reservas y margen de solvencia que para el efecto reglamente el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, quienes rendirán cuentas de estas decisiones al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 32. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores. Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red y los Proveedores los mecanismos y las formas de pago.

Los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos sujetos a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES podrá retener una porción del giro al Prestador de Servicios de Salud cuando este no remita en la forma, oportunidad y periodicidad la información solicitada, en cuyo caso las sumas no giradas serán propiedad de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES.

Parágrafo 1. Las obligaciones derivadas de las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de finalización de la prestación del servicio. Estos valores deberán provisionarse contablemente.

Parágrafo 2. Los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores deberán enviar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES todas las facturas de los bienes entregados y servicios de salud prestados. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES girará el valor correspondiente previa autorización del Gestor de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.

Artículo 33. Sistema de pago por desempeño. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología, el conjunto de indicadores de desempeño y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.

El nivel de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud afectará un porcentaje de los gastos de administración de la forma como lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.

La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo será suministrada, entre otros, por los Gestores de Servicios de Salud. Para estos últimos, la falta de veracidad, oportunidad, suficiencia o claridad será sancionada conforme los literales b), c), d), e) y f) del artículo que trata sobre sanciones incluido en la presente ley, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarias y penales a que haya lugar.

Parágrafo. Dentro del diseño de indicadores de desempeño se tendrán en cuenta las acciones y los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, así como la calidad de atención en salud para esta población.

Artículo 34. Garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias. Cuando de manera permanente o transitoria se presenten condiciones que puedan poner en riesgo el acceso a la prestación de los servicios de salud, en especial, la disponibilidad u operación de los Gestores de Servicios de Salud, limitaciones en la oferta de servicios o en acceso, por dispersión o desplazamiento de la población o por emergencia sanitaria, el

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar, de manera temporal, a otros Gestores de Servicios de Salud o a las Entidades Territoriales, para que asuman la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud a los usuarios afectados por esta situación.

Artículo 35. Ajuste y redistribución de riesgo. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre los Gestores de Servicios de Salud tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

CAPÍTULO VI

Inspección, vigilancia y control

Artículo 36. Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud. Las medidas especiales y la toma de posesión a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud son de carácter preventivo y correctivo, su propósito es garantizar la prestación del servicio y se regirán por lo previsto en la presente ley.

El proceso administrativo sancionatorio será el establecido por la presente ley y en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y su propósito es sancionar las conductas que vulneren las normas que rigen el Sistema.

Artículo 37. Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión. La toma de posesión, bajo la modalidad de intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa administrativa para liquidar, tiene por objeto y finalidad salvaguardar la prestación del servicio público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de salud, cualquiera sea la denominación que se le otorgue.

El Superintendente Nacional de Salud ordenará la toma de posesión a las entidades vigiladas, bajo cualquiera de sus modalidades, en los siguientes casos:

- a) Cuando las entidades vigiladas no prestan el servicio público de salud con la continuidad y calidad debidas;
- b) Cuando persista en violar, en forma grave, las normas a las que deben estar sujetos o incumplir sus contratos;

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- c) Cuando incumpla, en forma reiterada, las órdenes e instrucciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud;
- d) Cuando se ha suspendido o se teme que pueda suspender el pago de sus obligaciones con terceros.

Artículo 38. Modalidades y duración de la toma de posesión. La toma de posesión podrá ser ordenada bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar. No podrá aplicarse la intervención forzosa administrativa para administrar sobre la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o sobre los Gestores de Servicios de Salud. Respecto de estas dos entidades sólo procederá la intervención forzosa administrativa para liquidar.

Dentro del proceso de intervención forzosa para administrar, la entidad vigilada continuará desarrollando su objeto social y adelantará las acciones tendientes a superar las causales que dieron origen a la toma de posesión. Si después del plazo señalado por el Superintendente, que podrá ser de dos (2) años prorrogables por un término máximo igual al inicial, no se superan los problemas que dieron origen a la medida, la Superintendencia decidirá sobre su liquidación.

La intervención forzosa para liquidar se regirá, en lo pertinente, por las normas relativas a la liquidación de instituciones financieras. Las referencias que allí se hacen respecto a la Superintendencia Financiera y al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras y al Consejo Asesor se entenderán hechas a la Superintendencia Nacional de Salud. Las referencias a los ahorradores se entenderán respecto de los acreedores y las hechas al Ministerio de Hacienda y Crédito Público se entenderán como inexistentes. La duración del proceso liquidatario será definida por el Superintendente Nacional de Salud.

Artículo 39. Procedimiento de la toma de posesión. La toma de posesión no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene.

El Superintendente Nacional de Salud ordenará la toma de posesión a las entidades vigiladas de cualquier naturaleza, bajo cualquiera de sus modalidades, mediante acto administrativo motivado que será de cumplimiento inmediato, a través del funcionario comisionado.

La decisión de toma de posesión será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal por el funcionario comisionado; si no fuere

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

posible, se notificará por un aviso que se fijará por un día en lugar público, en las oficinas de la administración del domicilio social de la entidad intervenida. Contra el acto que ordena la toma de posesión procede el recurso de reposición en el efecto devolutivo.

Parágrafo. El Superintendente Nacional de Salud, en su calidad de autoridad de intervención, definirá en cada caso cómo y en qué tiempo se hará el traslado de los usuarios, con el fin de salvaguardar el servicio público de salud.

Artículo 40. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará proceso administrativo sancionatorio mediante las modalidades oral y escrita. El sistema oral será la regla general, y el Superintendente determinará, mediante acto administrativo de carácter general, los casos en los cuales se dará aplicación al proceso administrativo sancionatorio escrito.

El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:

- a) El auto de apertura de investigación se notificará, conforme al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo al Representante Legal de la entidad vigilada, en él se manifestarán las razones y fundamentos de la apertura de investigación y se indicará la fecha y lugar en que se llevará la primera audiencia de trámite, en donde de forma oral el investigado presentará descargos y las pruebas que considere pertinentes. Durante el trámite de dicha audiencia, se decretarán las pruebas de oficio o a petición de parte, si a ello hubiere lugar;
- b) Si las pruebas pueden practicarse en audiencia, así se hará;
- c) Una vez realizada la práctica de pruebas se correrá traslado de las mismas por dos (2) días hábiles; vencido este plazo se citará a audiencia en la cual el investigado deberá presentar en forma verbal sus alegatos de conclusión;
- d) Dentro de dicha audiencia se procederá a proferir la decisión correspondiente, la cual se entenderá notificada en estrados. La decisión será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

La inasistencia injustificada del investigado a las audiencias dará lugar a imponer multas hasta por mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por cada una de ellas.

El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

- a) La Superintendencia, con fundamento en la información disponible, si hubiere lugar ordenará la apertura de la investigación;

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- b) En un plazo de diez (10) días hábiles solicitará explicaciones sobre las posibles irregularidades, señalando el plazo en el cual se dará respuesta, que no podrá ser superior a quince (15) días hábiles;
 - c) La práctica de pruebas, a que hubiere lugar, se realizará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles. Vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes;
 - d) La Superintendencia dispondrá de un (1) mes, después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión, para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente;
 - e) La decisión será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo;
 - f) Los términos acá previstos podrán ampliarse por la Superintendencia Nacional de Salud hasta por el mismo tiempo cuando se trate de dos o más investigados o cuando la práctica de pruebas lo requiera;
- Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan merito ejecutivo.

Artículo 41. Sanciones. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá las siguientes sanciones, de acuerdo con las actuaciones realizadas por el vigilado y su impacto en la prestación del servicio de salud:

- a) Amonestación. Se entiende como un llamado de atención, que deberá publicarse en un medio de amplia circulación nacional y territorial; y constituirá un antecedente;
- b) Multas. Se regirán conforme a la Ley 1438 de 2011;
- c) Suspensión provisional de actividades hasta por cinco (5) años;
- d) Prohibición de prestar el servicio público de salud en forma directa o indirecta, hasta por diez (10) años;
- e) Revocatoria de la habilitación;
- f) Ordenar la separación de los representantes legales y/o administradores, de sus cargos y/o prohibición de ejercer dichos cargos hasta por dos (2) años.

Las anteriores sanciones pueden ser impuestas de manera principal y/o accesoria.

La afectación del derecho fundamental a la salud de los niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas del conflicto armado, discapacitados y adultos mayores, será causal de agravación de las sanciones.

Artículo 42. Sanciones en eventos de conciliación. La inasistencia injustificada a la audiencia de conciliación por parte de Representantes Legales de entidades públicas o privadas, o el incumplimiento de lo acordado en la respectiva acta de

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

conciliación, constituye una conducta que vulnera el Sistema y dará lugar a las sanciones previstas en el artículo anterior.

Artículo 43. Medidas especiales. El Superintendente Nacional de Salud, podrá ordenar mediante Resolución motivada de inmediato cumplimiento, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen sustituyan o aclaren, a las entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud.

Esta actuación, no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes que se produzca el acto administrativo que la ordene. Este acto administrativo será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal de la empresa por el funcionario comisionado por el Superintendente; una vez efectuada la notificación al representante legal se entenderá notificados los socios y demás interesados. Contra el acto administrativo procede recurso de reposición en efecto devolutivo.

Artículo 44. Reporte de información. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá el control sobre la obligación de reporte al Sistema de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Sismed), e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones.

Artículo 45. Financiamiento del ejercicio de funciones de Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales. Cuando en el marco de la Ley 489 de 1998 la Superintendencia Nacional de Salud delegue en las Entidades Territoriales sus funciones de inspección, vigilancia y control, esta podrá disponer de un porcentaje del recaudo de la tasa establecida a su favor para transferirla al delegatario con el fin de cofinanciar el ejercicio de dichas funciones. No podrán ser objeto de delegación:

1. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control sobre entidades de propiedad o participación de la respectiva entidad territorial.
2. La adopción de medidas especiales.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento avocar el conocimiento, caso en el cual la Entidad territorial suspenderá la investigación y pondrá la totalidad del expediente, en el estado en que se encuentre, a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

CAPÍTULO VII

Disposiciones transitorias

Artículo 46. Plazo para la implementación de la ley. La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de tres (3) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

Artículo 47. Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud.

Durante el periodo de transición no se podrán efectuar traslados, ampliaciones de cobertura y movimientos de usuarios, salvo que se trate de circunstancias excepcionales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 48. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de tres (3) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán.

Las Entidades Promotoras de Salud que se transformen en Gestores de Servicios de Salud podrán conservar sus afiliados dentro del área donde fueron autorizados para operar.

Durante el periodo de transición las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.

El Gobierno Nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, así como para garantizar la prestación de los servicios médicos y tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestor de Servicios de Salud.

Artículo 49. Balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Familiar que administran directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, contarán con seis (6) meses para presentar ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES el balance correspondiente a la ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado de los periodos pendientes o cuyo balance haya sido glosado por el Fosyga. Vencido este plazo, las Cajas de Compensación Familiar no podrán reclamar recursos por concepto de déficit en el mencionado balance. En los casos en que el resultado del balance sea superavitario, los recursos correspondientes deben ser girados al Sistema, dentro del término antes señalado.

Artículo 50. Declaraciones de giro y compensación. Las declaraciones de giro y compensación del Fosyga que se encuentren en estado aprobado quedarán en firme luego de tres (3) años contados a partir de la fecha de aprobación del proceso de compensación. Una vez la declaración de giro y compensación quede en firme no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes.

Artículo 51. Saneamiento y pago de deudas. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán un periodo máximo de seis (6) meses para la aclaración de las deudas pendientes provenientes de la prestación de servicios de salud. El Gobierno Nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones; para ello la Superintendencia Nacional de Salud y los demás organismos de control y vigilancia del sector, aplicarán las sanciones a que haya lugar.

Artículo 52. Recobros y reclamaciones ante el Fosyga. El Fosyga o quien haga sus veces reconocerá y pagará las reclamaciones y recobros, glosados por cualquier causal y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción contencioso administrativa correspondiente, previa nueva auditoría integral que verificará únicamente el cumplimiento de los requisitos esenciales para demostrar la existencia de la obligación, la cual será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes.

Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Los documentos soporte de los recobros y reclamaciones podrán ser presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Artículo 53. Trámite de glosas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo, se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud para el uso de las facultades de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

CAPÍTULO VIII

Disposiciones finales

Artículo 54. Fondo de garantías para el sector salud. El Fondo de Garantías para el Sector Salud funcionará como una cuenta especial sin personería jurídica, administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES cuyo objetivo es proteger la confianza de los agentes del Sistema y asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud, preservando el equilibrio y la equidad económica de dicho Sistema.

Dentro de este objeto general el fondo tendrá las siguientes funciones:

- a) Procurar que los agentes del sector salud tengan la liquidez para dar continuidad a la prestación de servicios de salud;
- b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial para lo cual podrá, entre otros, establecer líneas de crédito destinadas a otorgar préstamos u otras formas de financiamiento a los agentes del Sistema;
- c) Participar transitoriamente en el capital de los agentes del Sistema;
- d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de los agentes del Sistema;
- e) Llevar a cabo el seguimiento de la actividad de los liquidadores de los agentes del Sistema que sean objeto de los procesos de liquidación adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud;
- f) Cesión de cartera.

Los ingresos del fondo podrán ser:

- a) Recursos del Presupuesto General de la Nación o títulos de deuda;
- b) Aportes de los agentes con cargo al porcentaje de administración y de los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes;

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- c) Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores hasta el momento en que entre en operación la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- d) Los rendimientos financieros de sus inversiones;
- e) Los recursos de la Subcuenta de Garantías del Fosyga, resultantes de su supresión;
- f) Los demás que obtenga a cualquier título.

Los términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías para el Sector Salud los establecerá el Gobierno Nacional. Los recursos que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros se incorporarán al portafolio del Fondo, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal respectiva.

Parágrafo. Hasta la supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo deudor sean las Entidades Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de los recursos que tendrá que pagar la Entidad Promotora de Salud o quien asuma sus obligaciones podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título les correspondan.

Artículo 55. Facultades extraordinarias minorías étnicas. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, manteniendo la normatividad vigente que les sean más favorables.

En la elaboración de las normas con fuerza de ley que desarrollen las facultades extraordinarias aquí otorgadas se consultará a los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas bajo los parámetros de la jurisprudencia constitucional, la ley y el derecho propio, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta previa. La metodología de la consulta previa para la elaboración de las normas con fuerza de ley será concertada entre el Gobierno Nacional y los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas. Los medios económicos y técnicos para el desarrollo de dichas consultas serán garantizados por el Gobierno Nacional.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Parágrafo. Los decretos con fuerza de ley que se expidan contendrán, cuando se requiera, de esquemas de transición que permitan dar aplicación a las disposiciones allí contenidas.

Artículo 56. Se adicione un nuevo numeral al artículo 178 de la Ley 136 de 1994, que trata sobre las funciones de los personeros: (...)

27. Velar, de manera especial, por el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de cualquier persona. Para tal efecto, quedará facultado para:

- i) Conminar a los gerentes, representantes legales y/o directores de los Gestores de Servicio de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando, a su juicio, dicho derecho fundamental se encuentre amenazado, esté siendo vulnerado o desconocido por alguna de esas entidades, para que estas procedan a cumplir con la prestación del servicio o tecnología de salud requerida;
- ii) Remitir a la Superintendencia Nacional de Salud copias de la actuación adelantada, para que se adopten las decisiones a que haya lugar;
- iii) Resolver las quejas que presenten las personas en torno a la prestación de un servicio o tecnología de salud contra los Gestores de Servicio de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 57. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

De los honorables Senadores y Senadoras,

EDINSON DELGADO RUIZ
Senador de la República

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

EXPOSICION DE MOTIVOS

1. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

La Constitución Política de 1991 establece que la seguridad social es un derecho y un servicio público obligatorio y por tal razón está a cargo del Estado quien que debe garantizarlo, de conformidad con lo establecido en el artículo 48, según el cual *“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”*.

De conformidad con lo establecido por la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-828 de 2001 con ponencia del Magistrado Jaime Cordoba Triviño, la seguridad social se ubica dentro de los principios constitucionales considerados como necesarios para la efectividad de la igualdad material. En este sentido no se trata de un derecho judicialmente exigible, sino de un mandato social que el constituyente de 1991 atribuye al Estado Social de Derecho. Por ello, las reglas y leyes en general, relacionadas con la seguridad social no se configuran para restringir el derecho, sino para el desarrollo normativo que oriente y ordene su optimización.

Así mismo, el artículo 49 de la norma superior dispone que es obligación del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y, del mismo modo, establece que es deber de todas las personas procurar el cuidado de su salud, así como la de su comunidad.

1.1. El Sistema de Seguridad Social en Salud

En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el legislador expidió la Ley 100 de 1993 *“por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social”*, que reguló de manera general la seguridad social integral, con el objetivo de otorgar el amparo frente a aquellas contingencias a las que puedan verse expuestas las personas en relación con su salud y su situación económica. Este sistema fue estructurado con los siguientes componentes:

- a. Sistema General en Pensiones
- b. Sistema General en Salud

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

- c. Sistema General de Riesgos Profesionales y
- d. Servicios Sociales Complementarios.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por la Ley 100 de 1993, es un conjunto de reglas y principios que regulan la prestación del servicio público esencial de salud, y la organización y funcionamiento de las entidades encargadas de administrarlo, con el propósito de crear condiciones adecuadas para lograr el acceso de toda la población a los distintos niveles de atención, con arreglo a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, equidad, obligatoriedad, protección integral y libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Tratándose de la salud, dispuso que, además de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, establecidos en la Constitución Política, el sistema general de salud se regirá, entre otros, por el principio de obligatoriedad, según el cual *“la afiliación al sistema general de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes de Colombia”*, de manera que *“corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema”* y al *“Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago”*.

Por medio de la Ley 100 de 1993 y los decretos que la reglamentan, el legislador diseñó un Sistema de Seguridad Social en Salud que prevé para su financiamiento y administración un régimen contributivo y un régimen subsidiado que se vincula mediante un Fondo de Solidaridad y Garantías. Para el efecto, la ley ha previsto la existencia de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), que prestan el servicio de salud según delegación del Estado. Estas entidades, a su turno, tienen la facultad de prestar los servicios de salud directamente o de contratar la atención de los usuarios con las Instituciones Prestadoras de Salud.

Las personas pueden acceder al sistema de dos maneras: como afiliados, bien sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado, o como vinculados, que son aquellas personas que por falta de capacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas contratadas por el Estado (art. 157 de la Ley 100 de 1993).

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

La Ley 100 de 1993 define el régimen contributivo en el artículo 202, de la siguiente manera: *“es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador”*.

En el régimen contributivo rige la vinculación de los individuos y sus familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del pago de una cotización, cubierta directamente por el afiliado o en compañía con su empleador. En este orden de ideas, los afiliados al régimen contributivo son personas vinculadas por medio de un contrato de trabajo o tienen la calidad de servidores públicos; también se vinculan los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Las Entidades Promotoras de Salud recaudan las cotizaciones obligatorias de los afiliados al régimen contributivo, luego descuentan por cada usuario el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- fijada para el Plan Obligatorio de Salud (POS) y trasladan la diferencia al Fondo de Solidaridad (FOSYGA).

Por otra parte, existe el régimen subsidiado en salud, al que se vinculan los individuos a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de los que trata la Ley 100 de 1993. Los afiliados a este sistema son personas sin capacidad económica, la población más pobre y vulnerable del país. En este régimen se da especial importancia a las mujeres embarazadas para la atención del parto, postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores desprotegidos, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años y los discapacitados, entre otros. Las normas que establecen el sistema subsidiado prevén que parte de la financiación del subsidio emana de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo.

El Sistema de Seguridad Social en Salud está diseñado para privilegiar el subsidio de la demanda y prever la existencia de entidades administradoras que juegan el papel de intermediarias entre los recursos financieros y las instituciones que prestan el servicio de salud y los usuarios. El papel que desempeñan las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) se ajusta a la idea del contrato de aseguramiento, en el que el prestador asume el riesgo y la administración de los recursos.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

1.2. Marco legal

El desarrollo normativo de la salud en Colombia, se ha presentado en varias normas, entre las que se resaltan las siguientes:

1. Ley 100 de 1993: “Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral”; Está compuesto por el Sistema de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y otros Servicios Complementarios.
2. Ley 715 de 2001: a través de la cual se reforma el sistema de financiación del régimen subsidiado y se deroga la meta de universalización fijada por la ley 100 de 1993.
3. Ley 1122 de 2007: “por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” con la que se busca mejorar algunos aspectos del sistema como dirección, control, y vigilancia, la prestación de los servicios de salud, la universalización, financiación y equilibrio del sistema.
4. Ley 1393 de 2010: 2Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones” por medio de la cual se definen fuentes de recursos para la financiación de la salud y se dictan medidas contra la evasión de aportes.
5. Ley 1164 de 2011: Ley de talento humano en salud.
6. Ley 1438 de 2011: “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” en la que se realizan algunas modificaciones relacionadas con en el principio de eficiencia en la prestación de los servicios salud, a fin de mejorar aspectos como la calidad, atención, acceso al sistema.
7. Ley 1751 de 2015: Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

8. Ley 1797 de 2016: establece directrices para el saneamiento de las deudas del sector salud y el mejoramiento del flujo de recursos y de la calidad de la prestación de servicios de salud.

2. ANALISIS DE LA SALUD EN COLOMBIA

En un panorama mundial, la siguiente grafica evidencia la inversión en el Producto Interno Bruto - PIB de la salud en diferentes países:

PAIS	%PIB					POBLACION 2014 /MILL
	2010	2011	2012	2013	2014	
COLOMBIA	6.76	6.64	6.93	6.84	7.2	47.666
ALEMANIA	11.2	10.9	10.9	11.1	11.2	80.051
ARGENTINA	6.5	5.8	5.0	4.9	4.7	41.961
AUSTRALIA	9.0	9.1	9.3	9.4	9.5	23.599
BOLIVIA	5.4	5.4	5.5	5.9	6.3	11.246
CHINA	4.8	5.0	5.2	5.3	5.5	1,367.520
ESPAÑA	9.5	9.4	9.3	9.09	9.03	46.507
ESTADOS UNIDOS	17.07	17.05	17.01	16.8	17.1	318.523
MEXICO	6.3	6.0	6.2	6.295	6.96	119.581
FRANCIA	11.1	11.3	11.4	11.56	11.54	63.951
NIGERIA	3.4	3.6	3.2	3.7	3.6	173.938
CHILE	6.96	7.0	7.2	7.5	7.7	17.711
BRASIL	8.2	8	8.2	8.4	8.3	202.450
SUDAFRICA	8.5	8.6	8.7	8.7	8.7	53.699

2.1 Estructura poblacional¹

América Latina y el Caribe han entrado en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasa de natalidad hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia, los países de la región están experimentando cambios en las estructuras

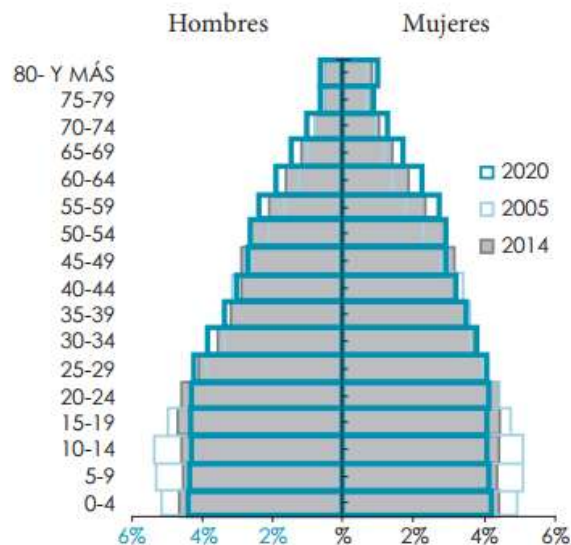
¹ Informe Nacional de calidad de la Atención en Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

poblacionales por edad, con una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Se estima que la tasa global de fecundidad disminuya de 5,9 hijos por mujer en el quinquenio 1950-1955 a 1,9 en el quinquenio 2045-2050; además, se estima que en este periodo la esperanza de vida pase de 51,8 años a 79,6 y que la mortalidad infantil pase de 127,7 muertes a 7,9 por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que la población entre 0 y 14 años se reduzca en un 22%, la población entre 15 y 59 años aumente en un 4% y la población mayor de 60 años crezca en un 18%.

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva, e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento en su base para el año 2014, comparado con el año 2005; los grupos de edad en los que hay mayor cantidad de población son los intermedios, y a medida que avanza la edad se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad (Gráfica 1). Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas.

Gráfica 1. Pirámide poblacional



Fuente: ASIS 2014. MSPS. DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a 30 de junio de 2012.

2.2 Fecundidad

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

En Colombia, las tasas de fecundidad muestran una caída vertiginosa entre 1985 y 2010 y se proyecta que para 2020 sigan disminuyendo. Se estima que para el quinquenio 2010-2015 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 2,35 hijos, lo cual representa una disminución del 30% en la tasa global de fecundidad o la reducción en casi un hijo por mujer con respecto a 2005, distando poco de la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos (ídem).

Los departamentos con tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2010-2015 son Arauca, Chocó, La Guajira, Putumayo, Magdalena y la región Amazónica; por su parte, Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer.

La alta fecundidad y los embarazos en adolescentes han sido asociados con condiciones de pobreza, siendo más altas en las áreas con mayor deterioro social y necesidades básicas insatisfechas. Para 2012, el 50% de la población con más necesidades básicas insatisfechas concentró el 55% de la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años (ídem).

2.3 Natalidad

La tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente. Entre los quinquenios 1985-1990 y 2010-2015, se proyecta que la tasa bruta pase de 28,80 a 18,88. Esto significa una reducción de 9,92 nacimientos por cada mil habitantes. Entre 2005 y 2012 se produjeron en promedio 694.483 nacimientos anuales. El 75% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 30 años, el 23,29% en menores de 19 años, y el 0,95% en menores de 15 años (ídem).

Para 2015, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, se reportaron 660.999 nacimientos en el total nacional, de los cuales 51,4% correspondió a hombres y 48,6% a mujeres. De acuerdo con los datos preliminares de 2016, los nacimientos en el país llevan un acumulado de 644.305, con igual distribución porcentual por sexos. La razón de masculinidad al nacer fue de 1,06, lo que indicó que por cada 100 mujeres nacieron 106 hombres.

Por grupos de edad de la madre, en 2015 la mayor proporción de nacimientos se presentó en mujeres entre los 20 y los 24 años, con 190.643 nacimientos, lo que representó el 28,8% del total. La menor proporción se registró para mujeres en el grupo de 50 a 54 años con 152 nacimientos. Para 2016 estos dos grupos de edad han reportado 187.656 y 153 casos, respectivamente.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Por departamento de residencia de la madre, en 2015, Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca concentraron el 34,9% del total de nacimientos del país, y para el acumulado de 2016 han concentrado el 34,8%. Las menores proporciones en 2015 se presentaron en Guainía, Vaupés y el Archipiélago de San Andrés y Providencia con el 0,3% del total nacional, y tienen el mismo porcentaje para 2016.

2.4 Esperanza de vida

Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 67,99 años en el quinquenio 1985-1990 a 75,22 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2010 y 2015 se espera un incremento de 1,22 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida es más alta en las mujeres que en los hombres, aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2010-2015 se espera un incremento de 1,03 y 1,40 años, respectivamente, con una ganancia media anual de 0,28 años en los hombres y 0,21 años en las mujeres.

Para el quinquenio 2010-2015 se estima que en el Distrito de Bogotá la esperanza de vida en los hombres sea de 75,94 años, y que represente la más alta del país, seguida de los departamentos de Atlántico y Boyacá, con 72,82 y 72,72 años, respectivamente. En las mujeres, Bogotá también tiene la esperanza de vida más alta del país, de 80,19 años, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Caldas, con 79,96 y 79,29 años, respectivamente (ídem).

2.5 Mortalidad

Entre 2005 y 2012, en Colombia se produjeron en promedio 195.719 defunciones anuales, con una desviación estándar de 3.757. En general, la tendencia ha sido decreciente; durante este periodo, la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 11%, al pasar de 524,60 a 467,54 muertes por cada 100.000 habitantes.

Durante este periodo, el 57,29% (897.009) de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 42,70% (668.505), en las mujeres. La brecha en la mortalidad por sexos se ha mantenido constante, siendo un 53% más alta en hombres que en

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

mujeres, lo cual indica una diferencia absoluta de entre 199 y 223 muertes por cada 100.000 habitantes

En 2015 se reportaron 219.472 defunciones no fetales en el país. La distribución por sexo mostró que el 55,3% correspondió a hombres y el 44,7% a mujeres. El año 2016 lleva un acumulado de 213.949 defunciones.

En 2015, por grupos de edad del fallecido, la mayor proporción se concentró entre los 65 y los 84 años con el 40,6% (89.149 defunciones) del total, y la menor en el grupo de 100 años y más con 0,6% (1.361 defunciones). En 2016 estos grupos de edad han participado en el total nacional con las mismas proporciones (87.576 y 1.355 defunciones, respectivamente).

Por departamento de residencia del fallecido, el mayor número de defunciones en 2015 se presentó en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca con el 39,5%, y para el acumulado de 2016 han concentrado el 42,5%. Las menores proporciones en 2015 se presentaron en los departamentos de Guainía, Vaupés y Vichada con el 0,2%, y en 2016 con igual proporción.

2.5.1 Mortalidad general por grandes causas

De conformidad con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, las principales causas de muerte, y de acuerdo con la lista agrupada 6/67 CIE-10 (OPS), las más frecuentes en 2015 para el total de la población fueron las enfermedades isquémicas del corazón, con el 16,5%, seguida por las enfermedades cerebrovasculares con 6,9%. Para 2016 estas causas han reportado participaciones de 16,7% y 6,8% en el total, respectivamente.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Primeras diez causas de defunción por año, total de población según grupos de causas (lista 6/67 OPS). Total nacional
2015 – 2016p

Código Grupo	Grupo de causas	2015		2016p	
		Total	Participación (%)	Total	Participación (%)
	Total nacional	219.472	100,0	213.949	100,0
303	Enfermedades isquémicas del corazón	36.197	16,5	35.638	16,7
307	Enfermedades cerebrovasculares	15.129	6,9	14.455	6,8
605	Enf. Crónicas vías respiratorias inferiores	13.413	6,1	13.035	6,1
512	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	12.378	5,6	10.460	4,9
109	Infecciones respiratorias agudas	8.797	4,0	9.091	4,2
302	Enfermedades hipertensivas	8.715	4,0	7.945	3,7
601	Diabetes Mellitus	7.550	3,4	6.966	3,3
501	Acc. Transporte terrestre, inclusive secuelas	7.268	3,3	6.437	3,0
612	Enfermedades sistema urinario	6.887	3,1	6.496	3,0
611	Otras enfermedades del sistema digestivo	6.337	2,9	6.270	2,9
	Otros grupos de causas	96.801	44,1	97.156	45,4

Fuente: DANE – EEV
p: Cifras preliminares

Para 2015 en hombres, dentro de las diez primeras causas de defunción se registró el tumor maligno del estómago con 2,6% (3.136 defunciones); en 2016 se han reportado 3.040 casos.

Para 2015 en mujeres, dentro de las diez primeras causas de defunción se registró el tumor maligno de la mama con 2,9% (2.865 defunciones); en 2016 se han reportado 3.065 casos.

La probable manera de muerte con mayor frecuencia en 2015 fue la muerte natural, con 189.855 casos, equivalentes al 86,5%, seguidas por las muertes violentas con 28.217, es decir el 12,9%. Para el acumulado de 2016 se reportan porcentajes de 88,0% y 11,4%, respectivamente.

Dentro de las muertes por causa externa para 2015 se encuentran los suicidios, homicidios, accidentes de tránsito y otros accidentes. En esta desagregación, la de mayor frecuencia fue homicidios con una participación de 44,3% dentro del total nacional. Para 2016 se han reportado 10.512 homicidios y 2.091 suicidios.

En 2015 la mayor proporción de muertes por causa externa se presentó en hombres con 23.830 casos, que representaron el 84,5% en el país; dentro de esta categoría la principal causa fue homicidios con 11.406 defunciones. En el caso de las mujeres predominaron las muertes por accidente de tránsito con 1.343 defunciones. Para 2016 estas dos causas se han mantenido el mismo



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

comportamiento, con 9.619 defunciones de hombres por homicidio y 1.186 defunciones de mujeres por accidentes de tránsito.

En 2015 dentro de las diez primeras causas de mortalidad en menores de un año, de acuerdo con la lista Colombia 105 para la tabulación de la mortalidad, la principal fue los trastornos respiratorios específicos del período perinatal, con 1.542 muertes, seguidas por las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas con 1.021 casos.

La mortalidad materna entre 2008 y 2015 muestra un comportamiento descendente desde 2009 y para 2015 reportó 476 defunciones.

2.6 Entidades habilitadas

Según la base de vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud, actualmente existen 13 EPS autorizadas para operar en el régimen contributivo y 31 habilitadas para el régimen subsidiado.

Ahora bien, analizando un poco el panorama histórico de las medidas que ha tomado la Superintendencia Nacional de Salud con base en su función de control, según información suministrada por la misma Entidad, ha impuesto 1.106 sanciones contra las EPS durante los últimos 5 años, así:

SANCIONES CONTRA EPS		
VIGENCIA	NUMERO	MONTO
2012	65	5.958.141.417
2013	55	5.237.608.950
2014	53	9.849.655.171
2015	328	52.250.402.450
2016	515	52.710.989.986
TOTAL	1.016	126.006.797.974

Según la información remitida se destacan las sanciones impuestas por temas de incumplimiento en la prestación del servicio y reportes de información, así como materia de flujo de recursos.

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

De otra parte y atendiendo la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, se han proferido las siguientes sentencias, teniendo en cuenta las terminaciones según fecha de ocurrencia, así:

SENTENCIAS	
VIGENCIA	FALLOS
2012	31
2013	472
2014	490
2015	1212
2016	1616
2017	299
TOTAL	4120

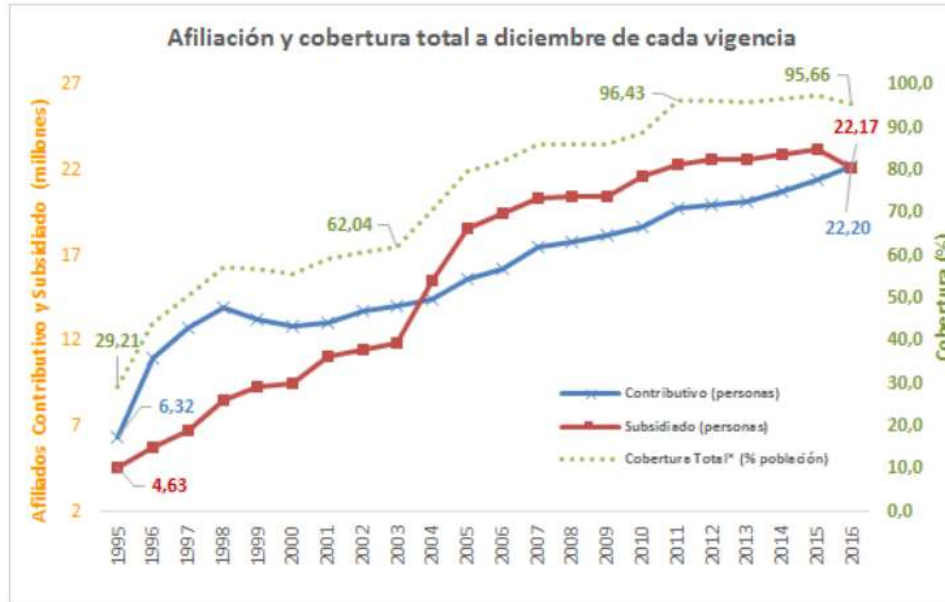
2.7 Comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS²

El indicador base para el seguimiento de la dinámica del aseguramiento en salud es la agregación del total de afiliados al sistema. El seguimiento al comportamiento histórico del número de personas pertenecientes a los regímenes subsidiado y contributivo comprende la recopilación de información contenida en registros administrativos para los años anteriores a 2009 y la consulta de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en las vigencias posteriores para los niveles municipal, departamental y nacional.

El número de afiliados al SGSSS a nivel nacional se ha incrementado a lo largo de los últimos 20 años, generando un aumento proporcional para la cobertura del sistema, con el cubrimiento del 29,21% en 1995 hasta el 95,66% registrado al cierre del año 2016, como se aprecia en la siguiente gráfica:

² <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubdiado.aspx>

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República



La gráfica muestra el comportamiento histórico para la afiliación y la cobertura, entre los años 1995 y 2016. Las cifras referentes para los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, corresponden al segmento que se encuentra de color naranja y las cifras referentes a la Cobertura se encuentran delimitadas por el color verde.

En general, el crecimiento del número de afiliados al sistema de salud ha sido continuo y generalizado a la totalidad del territorio nacional en el periodo citado. Se presenta el histórico para la Dinámica local en los niveles departamental y municipal, con la disposición de los datos por régimen y niveles de agregación territorial.

A continuación, la evolución en cifras discriminada por régimen según datos del Ministerio de Salud y protección Social:



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Año	Subsidiado	Contributivo	Total afiliados
1995	4.629.193	6.317.718	10.946.911
1996	5.794.882	11.039.735	16.834.617
1997	6.776.168	12.749.778	19.525.946
1998	8.527.061	13.910.482	22.437.543
1999	9.325.832	13.240.338	22.566.170
2000	9.510.566	12.904.197	22.414.763
2001	11.069.182	13.044.308	24.113.490
2002	11.444.003	13.735.172	25.179.175
2003	11.867.947	14.094.619	25.962.566
2004	15.553.474	14.408.562	29.962.036
2005	18.581.410	15.590.619	34.172.029
2006	19.510.572	16.184.214	35.694.786
2007	20.373.977	17.465.944	37.839.921
2008	20.446.488	17.778.887	38.225.375
2009	20.494.516	18.232.720	38.727.236
2010	21.665.210	18.723.118	40.388.328
2011	22.295.165	19.756.257	42.051.422
2012	22.605.295	19.957.739	42.563.034
2013	22.669.543	20.150.266	42.819.809
2014	22.882.669	20.760.123	43.642.792
2015	23.179.801	21.453.376	44.633.177
2016	22.171.463	22.199.204	44.370.667

De conformidad con la Encuesta de Calidad de Vida 2016, realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, en 2016, el 95,4% de personas en el total nacional manifestó estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en 2015 el 94,6% de las personas manifestaron estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El porcentaje de personas que manifestaron estar afiliadas al régimen subsidiado en 2016 es mayor en centros poblados y rural disperso (81,8%) en comparación con cabeceras (40,4%).

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Distribución porcentual de personas que manifestaron estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (2015 - 2016)
Total nacional, cabecera y centros poblados - rural disperso



Fuente: DANE - ECV

El porcentaje faltante para completar el 100%, corresponde a la opción "No sabe"

-Las variaciones 2015-2016 son estadísticamente significativas

Ahora bien, a continuación, se presentan las 10 EPS con más afiliados a corte diciembre de 2016 y clasificados por régimen:

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

AFILIADOS POR E.P.S.			
E.P.S.	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL
CAFESALUD E.P.S. S.A.	4.046.601	1.375.906	5.422.507
LA NUEVA E.P.S. S.A.	3.112.314	1.024.109	4.136.423
COOMEVA E.P.S. S.A.	2.629.477	148.861	2.778.338
EPS Y MEDICINA PREAGADA SURAMERICANA S.A.	2.363.665	57.596	2.421.261
SALUDTOTAL S.A. E.P.S.	2.307.004	94.775	2.401.779
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA COOSALUD	66.897	1.873.725	1.940.622
ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	27.364	1.905.401	1.932.765
ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	58.149	1.840.262	1.898.411
E.P.S. SANTAS S.A.	1.856.983	17.818	1.874.801
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA	37.424	1.797.736	1.835.160

2.8 Satisfacción en la atención

De conformidad con la información suministrada por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud en respuesta a la petición que formulara como parlamentario, las quejas en cada entidad han aumentado tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

QUEJAS DE LAS E.P.S.				
VIGENCIA	MINISTERIO DE SALUD	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	DEFENSORIA DEL PUEBLO	TOTAL
2012	474.907	203.941	1.669	680.517
2013	536.690	238.718	4.028	779.436
2014	787.154	211.664	4.626	1.003.444
2015	939.858	302.962	6.615	1.249.435
2016	N/A	436.171	7.448	443.619
2017	N/A	62.996	N/A	62.996
TOTAL	2.738.609	1.456.452	24.386	4.219.447

En el siguiente cuadro se presentan las Entidades Prestadoras de Salud que mas han recibido quejas por parte de los usuarios ante la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social:

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

QUEJAS POR E.P.S.		
REGIMEN	EPS	TOTAL 2012 A FEBRERO 2017
CONTRIBUTIVO	SALUDCOOP	179.465
	CAFESALUD	175.496
	NUEVA EPS	159.618
	COOMEVA EPS	131.086
	SALUD TOTAL	99.553
SUBSIDIADO	SAVIA SALUD	49.526
	CAPRECOM	42.565
	CAPITAL SALUD	29.804
	EMSSANAR	21.816

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

QUEJAS POR E.P.S.	
EPS	TOTAL 2012 A 2015
SALUD TOTAL	410.998
SANTAS	239.190
COMPENSAR	219.028
SURA	343.401
COOMEVA	196.915
NUEVA EPS	137.060
SALUDCOOP	114.431

Fuente: Ministerio de Salud

Ahora bien, en los siguientes cuadros se aprecian las causales por las que mas se presentan las quejas discriminadas por vigencias 2016 y 2017, estableciéndose como causa principal en el año 2016 la falta de oportunidad en la asignación de consulta medica especializada, seguida de la falta de oportunidad para la prestación de servicio de imagenología y siguiendo con la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos:

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

2016				
CIUDAD	EPS	Falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada	Falta de oportunidad para la prestación de servicio de imagenología de II y III nivel	Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos NO POS
BOGOTA	CAFESALUD	6.311	3.229	2.264
	FAMISANAR	3.178	804	254
	CRUZ BLANCA	2.512	686	687
ANTIOQUIA	CAFESALUD	3.214	1.871	1.784
	COOMEVA	3.354	1.440	549
	SAVIA SALUD	2.303	617	1.670
VALLE	CAFESALUD	1.181	491	943
	COOMEVA	1.451	650	312
	SOS	1.509	622	233

Durante los meses de enero a marzo de 2017, los motivos más recurrentes por los que se presentaron las quejas fueron la falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada, seguido de la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no POS y demora en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos:

2017				
CIUDAD	EPS	Falta de oportunidad en la asignación de consulta médica especializada	Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos NO POS	Demora en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos
BOGOTA	SALUD TOTAL	306	21	781
	CAFESALUD	724	233	102
	COMPENSAR	508	33	19
ANTIOQUIA	COOMEVA	761	154	72
	CAFESALUD	496	200	49
	SAVIA SALUD	390	203	87
VALLE	CAFESALUD	156	157	30
	SOS	172	53	85
	COOMEVA	221	39	41

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA

Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

De conformidad con información suministrada por la Defensoría del Pueblo, se han instaurado un total de 151.213 tutelas durante el año 2015 para la protección del derecho a la salud, así mismo, durante el año 2015 ha realizado un total de 299.905 solicitudes relacionadas con la atención en salud, siendo la mayor solicitud la autorización o entrega de tratamientos y medicamentos, tal como se aprecia en los siguientes cuadros:

TUTELAS EN SALUD DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO		
MOTIVOS	2014	2015
TOTAL TUTELAS EN SALUD	118.281	151.213

SOLICITUDES EN SALUD DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO		
MOTIVOS	2014	2015
Tratamientos	55.799	76.899
Medicamentos	37.621	51.795
Citas medicas especializadas	29.038	34.140
Protesis ortesis e insumos medicos	23.903	34.005
Cirugias	22.308	28.324
Imágenes diagnosticas	12.654	17.020
Exámenes paraclínicos	10.716	8.310
Procedimientos	2.841	2.715
Otras relacionadas con el sistema	31.830	41.667
Otras	6.763	5.030
TOTAL SOLICITUDES	233.473	299.905

De conformidad con el Informe Nacional de Calidad en la Atención de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, la satisfacción global de los usuarios con la EPS fue de 68% (0,68) en 2013 y de 70% (0,70), en 2014. Esto significa que, a grandes rasgos, un 30% de los usuarios tienen una percepción negativa de los servicios de salud.

El servicio peor calificado en 2014 fue urgencias, con un indicador de 65% (0,65), lo que significa que alrededor de una tercera parte de los usuarios están inconformes con este servicio. También resalta que no existe un progreso estadísticamente significativo en la satisfacción de los usuarios para ninguno de los servicios entre 2013 y 2014, salvo por los programas de promoción de la salud y prevención. En general, la satisfacción global fue más alta para el RS que para el RC.

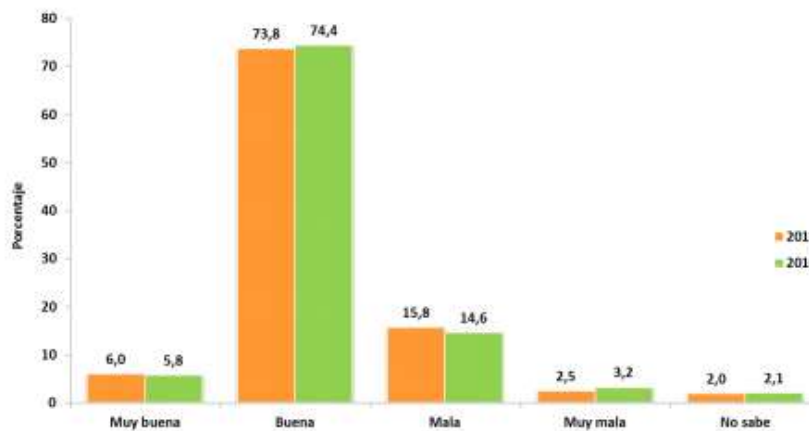
Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

Indicadores de satisfacción global con la EPS

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Dif	2013	2014
Experiencia global de salud con la EPS	0.68	0.70	0.02	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.68	0.66	-0.02	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.69	0.75	0.06***	Bueno	Bueno
Diferencia	0.01	0.09***			

Según la Encuesta de Calidad de Vida, en 2016, el 74,4% de las personas que manifestaron estar afiliadas a seguridad social en salud opinaron que la calidad del servicio de la entidad a la que están afiliadas es buena. Por su parte las personas que tienen una opinión negativa de la calidad del servicio de salud alcanzó el 17,8% (mala 14,6% y muy mala 3,2%). A continuación se muestra la información:

Distribución porcentual de personas según opinión sobre la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado (2015 - 2016) Total nacional



Fuente: DANE- ECV

-Las variaciones 2015-2016 son estadísticamente significativas para las opciones "Buena" y "Mala"

3. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS DEL SGSSS

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

La normatividad vigente establece una finalidad clara para las fuentes que financian los servicios de salud. Asimismo, los recursos que reciben las EPS deben destinarse a la atención en salud, sin perjuicio de la porción que destinen a los gastos de administración, no obstante el uso inadecuado o ineficiente de los recursos de salud es uno de los retos que motiva los cambios presentados en esta ley.

Son de conocimiento público los problemas donde los recursos de salud pudieron haberse utilizado para financiar la construcción de clínicas y en otros casos infraestructura no relacionada con la salud. A pesar de que se han girado los recursos que pagan las prestaciones en salud, estos dineros no parecen haber llegado a los prestadores, teniendo en cuenta la cantidad de maniobras que se han utilizado para afectar el funcionamiento de Sistema como el retraso en pagos, los recobros, la multi vinculación, la manipulación de los precios de los medicamentos, el exceso de trámites y muchos más.

Alcanzar una mayor transparencia y trazabilidad de los recursos es una necesidad que debe satisfacerse con celeridad. Pero también existe evidencia de serias ineficiencias. Los resultados indican que existen en el sistema altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología. Esta situación se debe a la baja resolutivez en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad.

Esta situación ha llevado al sistema a tener el más alto índice de hospitalización de toda la región 8% según la Encuesta de calidad de Vida 2010 o 9% año, de acuerdo a la ENS 2007. En síntesis, ha habido avances importantes en cobertura, acceso a servicios, equidad y protección financiera. Sin embargo, el sistema de salud colombiano enfrenta retos que atentan contra la calidad y oportunidad de la atención y contra la sostenibilidad financiera del sistema.

La reforma busca hacer cambios de fondo en la forma como está estructurado el SGSSS, que solucionen estos problemas. El dilema que enfrenta el Estado para resolver la crisis es el de introducir cambios en el sistema que resuelvan los problemas sin perder, y por el contrario, buscando generar ganancias en el estado de salud y bienestar de los ciudadanos.

Esto en el entorno de recursos limitados, tanto financieros como tecnológicos y humanos que tienen todos los sistemas de salud en el mundo. A manera de comparación, el índice de hospitalización en un país de desarrollo similar como México es del 5% año. Esto afecta directamente al sistema a través de la

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

descompensación de las EPS y se irradia a todo el sistema tanto través de la cartera hospitalaria como de los recobros.

3.1 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ADRES

El artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 creó la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ADRES, como una Entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).

En virtud de lo anterior, el Gobierno Nacional, expidió el Decreto 1429 de 2016 modificado por el Decreto 546 de 2017, en el cual determino la estructura interna y el periodo de transición de las funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

4. PROPUESTA

La presente propuesta legislativa tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Propone cambios de fondo en la participación estatal y los roles de los diferentes actores del sistema. Estos cambios permitirán avanzar en recuperar la legitimidad del sistema de salud y la confianza entre los actores, reducir la intermediación financiera que no genera valor, disminuir las barreras de acceso que resultan de la organización actual de los servicios de salud y fortalecer la inspección vigilancia y control.

Entre los cambios mas significativos esta la administración de los recursos y la creación de un nuevo actor dentro del sistema, así:

Se pretende modificar y fortalecer la Administradora de los Recursos del SGSSS – ADRES, otorgándole las funciones de afiliar, recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud y el recaudo de las cotizaciones.

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA



Edinson Delgado Ruiz
Senador de la República

De otra parte se crea un nuevo actor dentro del SGSS que tiene bajo su responsabilidad la gestión de las prestaciones de los servicios de salud. Este actor son los “Gestores de Servicios de Salud”. Estos Gestores tendrán un nuevo esquema de incentivos de manera que sus acciones se orienten a la gestión y resultados en salud, lo que marca una diferencia con el esquema actual, donde predominan los incentivos a la gestión financiera de la UPC.

Los Gestores ya no son responsables del recaudo y administración directa del recurso financiero, que ahora serán custodiados por ADRES. Las ganancias de estos actores provienen de lograr buenos resultados en salud, gestionar el riesgo en salud de la población afiliada y de hacer una compra inteligente de los servicios de salud.

La presente propuesta prohíbe la integración entre los gestores y prestadores de servicios de salud o proveedores de medicamentos o insumos. Estas inhabilidades son claves para evitar la desviación de riesgos y los conflictos de interés. Antes de entrar en la descripción detallada del articulado, se presenta un corto análisis de los resultados de las EPS, de los problemas prevalecientes que justifican los cambios propuestos.

De los honorables Senadores y Senadoras,

EDINSON DELGADO RUIZ
Senador de la República

AQUÍVIVE LA DEMOCRACIA