REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XIX - Nº 1.022 Bogotá, D. C., jueves, 2 de diciembre de 2010 EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES: EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 186 DE 2010 SENADO

por la cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud.

Y SUS ACUMULADOS, 189 DE 2010 SENADO, 131 DE 2010 CÁMARA Y 198 DE 2010 SENADO

Bogotá, D. C., diciembre 1° de 2010

Honorable Senador

EDUARDO ENRÍQUEZ MAYA

Presidente Comisión Primera Constitucional Permanente

SENADO DE LA REPÚBLICA

Ciudad

Respetado señor Presidente:

De conformidad con la designación hecha por la Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional Permanente del Senado de la República, presentamos ponencia para primer debate al **Proyecto de Ley Estatutaria número 186 de 2010 Senado,** *por la cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud"* **y sus acumulados, Proyectos de ley 189 de 2010 Senado, 131 de 2010 Cámara, y 198 de 2010 Senado**, en los siguientes términos:

1. OBJETO Y CONTENIDO DE LA INICIATIVA Y SUS ACUMULADOS

Proyecto de Ley Estatutaria número 186 de 2010 Senado. El objetivo de esta iniciativa legislativa es lograr un sistema de seguridad social en salud que brinde servicios de mayor calidad, que sea más incluyente y más equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sea el usuario, especialmente el más pobre. Para lograr ese objetivo es un requisito básico asegurar que los recursos se asignen de forma equitativa y sostenible en el tiempo.

En consecuencia, el proyecto de ley regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo referente al Plan de Beneficios, sin perjuicio de la existencia de otros sistemas de aseguramiento o provisión de servicios que contribuyan a la satisfacción del derecho a la salud. Para el mejor aprovechamiento de los recursos finitos del Sistema, provistos por toda la sociedad y los aportantes en particular, de acuerdo con su capacidad económica, prevalecerá el interés general

sobre el particular de manera que se garantice el acceso equitativo a los servicios de salud a todos los afiliados.

Proyecto de ley 189 de 2010 Senado. "Por la cual se dictan las normas de carácter estatutario para el ejercicio del derecho de acceso a la salud y se adoptan disposiciones complementarias en la materia". "Este proyecto de ley tiene por objeto desarrollar normativamente los preceptos constitucionales en materia del derecho de acceso a los servicios de salud y señalar los principios legales que lo rigen para garantizar su justa, solidaria, equitativa y cabal realización, con el fin de materializar los valores del Estado Social de Derecho y hacer efectiva la dignidad humana".

Proyecto de ley 131 de 2010 Cámara. "Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, los principios que lo garantizan y se adoptan otras disposiciones". Este proyecto regula el goce del derecho fundamental a la salud que se garantizará bajo los principios de solidaridad, *pro homine*, eficacia, universalidad, calidad, efectividad, sostenibilidad, portabilidad nacional, integralidad, accesibilidad, regulación, igualdad, obligatoriedad, corresponsabilidad sostenibilidad.

Proyecto de ley 198 de 2010 Senado. "Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". Este proyecto reconoce el carácter fundamental del derecho a la salud, establece los principios de la garantía a la salud y se determina un esquema de provisión para la prestación del servicio en salud. Así mismo, se prohíbe el aseguramiento privado y se definen lineamientos de política pública en diversos aspectos vinculados con la salud, como ciencia tecnológica, talento humano y medicamentos.

2. PROBLEMAS DE POLÍTICA PÚBLICA

El proyecto de ley gubernamental, así como los Proyectos 189 Senado y 131 Cámara pretenden resolver varias problemáticas asociadas al funcionamiento del sistema de seguridad social en salud, en los esquemas contributivo y subsidiado, especialmente la inequidad en la asignación de los recursos destinados al pago de eventos NO POS. Estos recursos, frecuentemente son distribuidos sin tener en cuenta criterios técnicos. Este hecho impacta negativamente la calidad, equidad y continuidad en la prestación del servicio.

La exposición de motivos hace una extensa explicación de la forma como se ha presentado este fenómeno y sus consecuencias para la prestación efectiva del derecho. En ella se concluye:

a) El crecimiento del gasto en eventos no incluidos en el Plan de Beneficios (los "recobros por eventos NO POS").

El crecimiento del monto destinado al pago de eventos No POS ha crecido, a juicio del Gobierno Nacional de manera insostenible en el mediano plazo, así: entre 2007 y 2008 los pagos en el Régimen Contributivo crecieron en un 84%; entre 2008 y 2009 aumentaron en un 78,4%, y entre 2009 y 2010 se incrementaron en un 65.2%, alcanzando para 2010 un total proyectado de 2.3 billones de pesos, al que habría que adicionar el rezago de los años anteriores.

El Gobierno considera que la principal causa de esta situación son los incentivos presentes en las normas y en la jurisprudencia que animan a ciertas prácticas indeseables en el uso y acceso a los beneficios del sistema. Por ejemplo, el crecimiento de la cobertura del sistema y el retraso en la actualización de los planes de beneficios motivaron que para los numerosos eventos no comprendidos en el POS vigente se les recomendara a los pacientes hacer uso de la acción de tutela.

b) El crecimiento de los eventos NO POS y la equidad del sistema de salud.

El crecimiento de los recobros por eventos No POS tiene efectos negativos en materia de equidad. Para el año 2009, cerca de 533.430 personas solicitaron recobros al FOSYGA por un total de 1.8 billones, para un valor promedio por persona cercano a 3.4 millones de pesos, 7 veces superior a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC) y 13 veces superior al valor de la UPC en el Régimen Subsidiado (UPC-S).

Así mismo, el crecimiento de los eventos No POS ha producido una desviación de los recursos del sistema a favor de la población de mayor nivel de ingreso (afiliados al Régimen Contributivo), que cuentan con el conocimiento y la asesoría jurídica para aprovechar los mecanismos administrativos y judiciales de recobro de los eventos No POS.

Una segunda problemática de política pública que buscan resolver los proyectos mencionados es la congestión judicial por tutelas en salud y la calidad técnica, en referencia a las reales necesidades en salud de quienes acuden a este mecanismo.

En este sentido, el Proyecto 186 Senado crea un mecanismo de protección judicial del derecho a la salud que, bajo principios técnicos, procura la realización del derecho. Este mecanismo se constituye en una doble garantía para el sistema de salud y los usuarios en tanto que garantiza la idoneidad de quien decide la prestación de un servicio de salud, permitiendo que solo sean susceptibles de financiación por el sistema de salud, aquellas que se requieran por necesidad y no estén expresamente excluidas como las suntuarias y cosméticas.

El Proyecto 131 Cámara, propuso un mecanismo adicional de protección al derecho conocido como el *hábeas* de la salud. Este mecanismo pretende que en 24 horas se ordene la prestación del servicio en casos de urgencias vitales.

Finalmente, en desarrollo de la Sentencia T-760 de 2008 se reconoce el carácter fundamental del derecho, se establecen los derechos de usuarios del sistema de salud.

En cuanto al Proyecto 198 Senado, reconoce la difícil situación del sistema de salud actual. En consecuencia, ha identificado algunos factores que serían resueltos mediante la configuración de un esquema de provisión del servicio de salud, entre ellos: la desarticulación en las políticas de salud pública, la presencia de ánimo de lucro y la intermediación financiera y la existencia de un sistema único de información.

3. ANÁLISIS PARA PRIMER DEBATE

Debemos advertir inicialmente que los Senadores ponentes hemos considerado la importancia de la expedición de una ley estatutaria en materia de salud que mejore la protección del derecho fundamental a la salud, desarrolle la jurisprudencia constitucional en la materia, permita la descongestión de los despachos judiciales de acciones de tutela, y contribuya a mejorar la calidad de los servicios en un contexto de estabilidad financiera del esquema vigente, en el entendido de que el "peor servicio es el que no se presta".

Así mismo, dado el carácter de ley estatutaria nos propusimos alcanzar el mayor consenso posible en esta materia por las implicaciones jurídicas que tienen las definiciones y disposiciones que se adopten en una norma de esta jerarquía.

En primer lugar, consideramos que los proyectos acumulados contienen compromisos explícitos con esquemas, o formas de desarrollar el servicio público de salud: aseguramiento (demanda) o de provisión (oferta). Una ley estatutaria no puede asumir este tipo de compromisos que resultarían en el futuro restrictivos para la libertad de configuración legislativa y una garantía innecesaria para el esquema vigente.

Por lo anterior, se hizo una reordenación del articulado distinguiendo los temas que se consideran propios de algún esquema y aquellos que se entienden deberían inspirar a cualquier esquema de seguridad social en salud posible. En este sentido, se adoptan lineamientos para dos formas de prestación: aseguramiento y provisión y se difiere al legislador ordinario la definición del esquema que quiere adoptar: aseguramiento, provisión, mixto u otro.

Esta decisión, además, responde a varias de las críticas que recibió el proyecto durante la audiencia pública realizada el pasado 29 de noviembre de 2010.

En segundo lugar, consideramos que una ley estatutaria, que regula derechos fundamentales, debe partir del reconocimiento del derecho a la salud como derecho fundamental. Durante la audiencia pública mencionada, algunos de los intervinientes sugirieron la incorporación de una definición del derecho siguiendo los lineamientos de la jurisprudencia constitucional y/o de los tratados internacionales ratificados por Colombia.

Por lo anterior, se acogió la inquietud manifestada por la ciudadanía al ratificar el en el artículo 2° que la salud es un derecho fundamental cuya satisfacción es consecuencia de los fines del Estado Social de Derecho.

No obstante lo anterior, no se ha creído conveniente la adopción de una definición concreta con el propósito de evitar hacer estático un concepto dinámico, llevando a restringir injustificadamente los desarrollos legales y jurisprudenciales de este derecho.

En el pliego de modificaciones que se propone se han incorporado los derechos de los usuarios, como manifestaciones del derecho fundamental. Estos derechos provienen de la jurisprudencia constitucional y algunas normas legales y administrativas que regulan la materia. Por otra parte, y teniendo presente esta óptica se hace un listado de los principios orientadores del sistema de seguridad social en salud.

Frente al mecanismo de protección judicial del derecho fundamental se introducen ajustes para efectos de garantizar que su efectividad sea igual o superior a la acción de tutela. En particular se estableció un término para la apelación de la medida y se aclaró que el recurso tiene un carácter sumario y preferente. No obstante lo anterior, los ponentes encontramos que este mecanismo no es incompatible con la acción de tutela; sin embargo, para efectos de claridad se hace mención expresa de este hecho.

Por otra parte, dado el contenido prestacional y progresivo del derecho se ha previsto que el Gobierno Nacional adopte políticas públicas en temas vinculados con la garantía del derecho a la salud como: ciencia y tecnología, talento humano y medicamentos.

En cuanto a la unificación de los regímenes subsidiados los ponentes no comparten la fecha planteada de 2015, pues difiere en el tiempo el derecho a la igualdad e impide el adecuado control político del actual Gobierno. En consecuencia de adoptó el 31 de julio de 2014.

Finalmente, este proyecto legislativo no generará costos fiscales, y por el contrario libera recursos que se venían destinando a sufragar los recobros y que se podrán destinar a cubrir la unificación de los planes de beneficios y garantizar la universalización del aseguramiento.

Los recursos para la unificación de los Planes de Beneficios y la universalización están considerados dentro del Plan Financiero de 2011 y en el Marco Fiscal de Mediano Plazo se adicionan recursos estimados en $1.6 billones derivados del mayor recaudo de impuestos a los cigarrillos y la cerveza introducidos por la Ley 1393 de 2010, así como una adición presupuestal cercana a los $812 mil millones de pesos. Por lo anterior el proyecto cuenta con la viabilidad fiscal requerida por la Ley 819 de 2003.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y AUDIENCIAS PÚBLICAS

El proyecto de ley presentado por el Gobierno Nacional, recoge un amplio proceso de socialización con los principales actores que componen el sector de la salud en Colombia. Fue difundida por medio de la página web del Ministerio de la Protección Social en dos ocasiones, dando la oportunidad a los ciudadanos y a los principales actores del Sistema para que presentaran sus observaciones y comentarios, obteniendo una respuesta amplia.

El proceso de reforma en el sector salud ha tenido un importante proceso de participación social. Las reformas puestas a consideración del Congreso han recibido insumos de la ciudadanía y de los actores del sistema (entidades del gobierno, académicos, médicos, empresarios, representantes de EPS, hospitales, asociaciones de usuarios, autoridades municipales y departamentales, entre otros) mediante distintas instancias de participación:

– Los Diálogos por la Salud, en donde se sostuvieron encuentros con académicos, médicos, empresarios, EPS, asociaciones de usuarios, hospitales, trabajadores de la salud, alcaldes y gobernadores (septiembre de 2010).

– Las Mesas Temáticas por la reforma al sistema de salud, con 513 asistentes y transmisión en directo vía internet con 3 millones de visitas (del 21 a 30 de septiembre de 2010).

– Audiencias Regionales en 9 ciudades convocadas con el Congreso (agosto-noviembre de 2010).

Por la importancia del proyecto de ley en estudio, este también fue socializado con los voceros de las bancadas y congresistas, previo a su presentación.

Así mismo, y cumpliendo con los artículos 230, 231 y 232 de la Ley 5ª de 1992, fueron convocadas Audiencias Públicas en la Comisión Primera del Senado, que se llevaron a cabo los días jueves 11 de noviembre de 2010, y lunes 29 de noviembre de 2010. A continuación resumimos las intervenciones:

• Witney Chaves Sánchez, Dirección de Seguridad Social Central Única de Trabajadores (CUT)

• Mario Hernández, Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760

• Aldo Cadena, Presidente SINDESS

• Zoilo Cuéllar, Salubrista de la Academia Nacional de Medicina

• Jorge Maldonado, Salubrista de la Federación Médica Colombiana

• Yesid Camacho, Presidente ANTOCH

• Adriana Catalina Ortiz, Corporación Casa de la Mujer

• Víctor Julio Castillo, Fundación Cardiovascular de Colombia

• Saúl Franco, Salubrista

• Néstor Álvarez, Paciente de Alto Costo

• Carlos Julio González, ex Senador de la República.

Los presentes coincidieron en la importancia de tener una Ley de tipo Estatutario que regule el derecho a la salud, el cual es fundamental en conexidad con la vida. Presentaron observaciones acerca de:

- Reconocer que si bien el Sistema debe ser sostenible, deben prevalecer criterios sobre la calidad y acceso a los servicios de salud.

- El periodo definido para la unificación de los planes de los regímenes contributivo y subsidiado, el cual sería deseable que se planeara para antes del 2015, fecha prevista en el proyecto de ley.

- La importancia de eliminar barreras de acceso a los servicios y reducir la intermediación que no agrega valor.

- La educación continua de los profesionales de la salud no es solo un derecho sino también un deber.

- El ejercicio del deber de autocuidado debe estar acompañado desde el gobierno por acciones de información y educación sobre práctica que promuevan hábitos saludables.

- Es importante aclarar que los mecanismos previstos en la ley no limitan el derecho, ni modifican la tutela.

- El flujo de recursos es un tema crítico del Sistema de Salud actual que debe ser corregido.

- El gobierno debe fortalecer los mecanismos de participación social y rendición de cuentas en el Sistema de Salud.

- Respetar la autonomía médica.

- Que el Plan de Beneficios incluya las prestaciones que requieren con necesidad los pacientes de enfermedades de alto costo.

- Buscar un trato preferente para la mujer en el sistema, en particular en lo relativo a salud sexual y reproductiva.

4. DESCRIPCIÓN Y PLIEGO DE MODIFICACIONES

De conformidad con lo previsto en el artículo 162 de la Ley 5ª de 1992, se presenta la enmienda parcial del proyecto:

El **TÍTULO I** Corresponde a las **Disposiciones Generales** y está integrado por los artículos 1 al 10, que se enuncian a continuación:

1. **Artículo 1°.** Este artículo referido al ámbito de aplicación se modifica en el sentido de hacer explícita la orientación del proyecto de ley estatutaria, propendiendo por reflejar el contenido del articulado propuesto. Quedará de la siguiente manera:

"**Artículo 1°. *Ámbito de aplicación*.** Esta ley regula las bases de los esquemas para la prestación de los servicios de seguridad social en salud, sus principios, los derechos de los usuarios y los mecanismos de protección del derecho a la salud.

También regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud actual, en lo referente al Plan de Beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, sin perjuicio de la existencia de otros sistemas de aseguramiento o provisión de servicios que contribuyan a la satisfacción del derecho a la salud.

Para el mejor aprovechamiento de los recursos finitos del Sistema, provistos por toda la sociedad y los aportantes en particular, de acuerdo con su capacidad económica, prevalecerá el interés general sobre el particular de manera que se garantice el acceso equitativo a los servicios de salud a todos los usuarios".

2. Artículo 2°. Este artículo pretende reconocer el carácter fundamental del derecho a la salud. Quedará así:

"**Artículo 2º**. ***Carácter fundamental del derecho a la salud.*** El derecho a la salud es un derecho fundamental y su realización constituye uno de los fines esenciales del Estado".

3. Artículo 3°. Este artículo nuevo se introduce por iniciativa de los ponentes, y enuncia los derechos de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Quedará así:

"**Artículo 3º**. ***Derechos de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud.*** Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud tienen como mínimo los siguientes derechos:

3.1. Derecho a elegir libremente al asegurador y al prestador de servicios de salud en los términos que defina la Ley.

3.2. Derecho a mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante y a recibir información suficiente y apropiada a sus condiciones sicológicas y culturales, que le permitan tomar decisiones respecto a los procedimientos que le vayan a practicar, el pronóstico y riesgos de los mismos.

3.3. Derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.

3.4. Derecho a que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

3.5. Derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

3.6. Derecho a solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

3.7. Derecho a que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.

3.8. Derecho a recibir prestaciones de salud en las condiciones y en los términos consagrados en la ley".

4. Artículo 4°. Este artículo se modifica en el sentido de cambiar la expresión premiar por promover las prácticas de autocuidado, y se elimina cualquier referencia a incentivos monetarios, dejando la determinación de las actividades de promoción a la decisión autónoma de las entidades que integran el sistema. Quedará así:

"**Artículo 4º. *Deber de autocuidado de la salud.*** El autocuidado es el deber que tiene toda persona de procurar el cuidado integral de su salud y la de su familia. Los padres deberán procurar la atención integral a la salud de sus hijos menores de edad o mayores de edad en situación de discapacidad y los hijos están obligados a cuidar a sus padres en su ancianidad, en el estado de demencia en todas las circunstancias de la vida en que necesitaren auxilios. El Gobierno Nacional, los entes territoriales, los centros educativos y los actores del Sistema de Salud deberán adelantar actividades pedagógicas para promover prácticas orientadas al cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.

Las prácticas de autocuidado podrán ser promovidas por las entidades que integran el Sistema. En ningún caso, el incumplimiento del autocuidado implicará la negación o disminución de los servicios de salud".

5. Artículo 5°. Referido a los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud, se reorganiza el orden de los principios. Se introduce como numeral 3, el principio de integralidad. Quedará así:

"**Artículo 5º. *Principios del Sistema Seguridad Social en Salud.*** Son principios del acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud:

5.1. Prioridad del usuario. El Sistema de Seguridad Social en Salud tiene por objetivo principal la garantía del derecho a la salud del usuario.

5.2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El Sistema de Seguridad Social en Salud tendrá como prioridad la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de favorecer el buen estado de salud de los individuos y mejorar su calidad de vida.

5.3. Integralidad. Es la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con la ley.

5.4. Universalidad. El Sistema de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

5.5. Igualdad. El acceso a la seguridad social en salud se garantiza a las personas residentes en el territorio colombiano, sin discriminación por razones de sexo, raza, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

5.6. Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso a los servicios de seguridad social en salud entre las personas.

5.7. Equidad. Es el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, independientemente de su capacidad de pago, evitando que prestaciones individuales pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

5.8. Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del usuario de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma ágil, continua, segura y oportuna, mediante una atención amable.

5.9. Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles y los resultados en salud de los usuarios.

5.10. Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el Sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin.

5.11. Progresividad. Es la gradualidad en la actualización y mejora de las prestaciones ofrecidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud.

5.12. Participación social. El Sistema de Seguridad Social en Salud debe garantizar la participación de los usuarios.

5.13. Corresponsabilidad. Es la concurrencia de actores en acciones conducentes a garantizar el derecho de las personas a conservar o recuperar su salud. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.

5.14. Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras, visibles y participativas.

5.15. Accesibilidad. Es la eliminación progresiva de las barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas, tecnológicas o de cualquier otra índole que injustificadamente impiden el acceso a las prestaciones de salud".

6. Artículo 6°. Corresponde a los criterios para la definición de los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Quedará así:

"**Artículo 6º**. ***Criterios para la definición de los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud.*** Los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud se establecerán en términos de seguridad, integralidad, efectividad y racionalidad en el costo de acuerdo con sus principios y los siguientes criterios técnicos:

6.1. El perfil epidemiológico y demográfico de la población colombiana.

6.2. La carga de la enfermedad.

6.3. La disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero.

6.4. La priorización, los plazos y metas para la progresiva inclusión o exclusión de prestaciones.

6.5. Evidencia científica probada acorde con criterios de costo efectividad.

6.6. Las preferencias y valores sociales que resulten de la participación ciudadana.

6.7. Evitar la configuración de conflictos de interés.

6.8. Fijar criterios de elegibilidad según priorización científica y social".

7. Artículo 7°. Este artículo venía como un inciso del artículo referido al plan de beneficios, los ponentes consideran necesario establecerlo como un artículo como prestaciones excluidas del sistema. Quedará así:

"**Artículo 7º. *Prestaciones excluidas.*** Quedan excluidos las prestaciones suntuarias, las únicamente cosméticas, los procedimientos, medicamentos y tecnologías experimentales sin evidencia científica. También quedan excluidas las prestaciones que solamente se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y aquellas que no sean propias del ámbito de la salud".

8. Artículo 8°. Este artículo introduce la política de prevención y promoción de la salud como eje de salud pública. Quedará así:

"**Artículo 8º.** ***De la atención primaria en salud.*** El eje de salud pública tendrá como política la prevención y la promoción de la salud, la cual se articulará con las políticas sociales, ambientales, culturales y económicas, que permitan afectar los determinantes sociales de la salud y contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. Para ello se implementará como estrategia un modelo de Atención Primaria en Salud, en el cual la participación social será fundamental para su aplicación y desarrollo".

9. Artículo 9°. Este artículo establece la organización de la política de prevención y promoción de la salud. Quedará así:

"**Artículo 9º.** ***Organización de la atención primaria en salud.*** La estrategia de Atención Primaria en Salud se organizará en redes de atención, con equipos básicos de atención primaria en salud que operen en todos los departamentos y municipios".

10. Artículo 10. Este artículo introducido por los ponentes pretende garantizar que en caso de urgencia o riesgo vital la persona reciba atención de manera inmediata. Quedará así:

"**Artículo 10.** ***Garantía de la atención de urgencias o de riesgo vital.*** Toda persona tiene derecho a ser atendido en forma inmediata en cualquier institución prestadora de salud cuando el paciente presente una urgencia, un riesgo vital o de función básica".

EL TÍTULO II. DISPOSICIONES PREVALENTES PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, comprende los artículos 11 al 13, que se enuncian a continuación:

11. Artículo 11. Se refiere a la protección de los niños, niñas y adolescentes, quedará así:

"**Artículo 11.** ***Protección a los niños, niñas y adolescentes.*** Es obligación de la familia, la sociedad y el Estado en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a los niños, niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral, y su desarrollo armónico e integral".

12. Artículo 12. Este artículo se refiere a la prevalencia de la atención en salud reconocida en la constitución para los niños, niñas y adolescentes. Quedará así:

"**Artículo 12.** ***Salud prevalente.*** Los beneficios reconocidos por el Sistema de Seguridad Social en Salud incluirán una parte especial y diferenciada, que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales: desde el nacimiento (o prenatalidad) hasta los seis (6) años, desde los siete (7) años hasta los menores de catorce (14) años, y de los catorce (14) años a dieciocho (18) años".

13. Artículo 13. Este artículo establece la rehabilitación y tratamiento sicológico para niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual e intrafamiliar. Quedará así:

"**Artículo 13.** ***Tratamiento para víctimas de violencia sexual e intrafamiliar.*** Los beneficios reconocidos por el Sistema de Seguridad Social en Salud incluirán servicios de rehabilitación y tratamientos sicológicos para niños, niñas y adolescentes víctimas de la violencia sexual e intrafamiliar".

EL TÍTULO III. MECANISMO JURISDICCIONAL PARA EXIGIR LOS BENEFICIOS RECONOCIDOS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, comprende los artículos 14 al 16 del articulado, como se enuncia a continuación:

14. Artículo 14. Establece la accesibilidad a los beneficios del sistema de seguridad social en salud. Quedará así:

"**Artículo 14.** ***Accesibilidad a los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud.*** Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud podrán exigir las prestaciones reconocidas por este Sistema de manera oportuna y atendiendo los estándares definidos para tal fin.

Para acceder a la prestación de servicios por condiciones particulares, extraordinarias y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante, sin perjuicio de su responsabilidad médica, deberá someterse al Comité Técnico-Científico que defina la ley, el cual se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas y la necesidad de la prestación de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

Parágrafo. La conformación y funcionamiento de los Comités Técnico-Científicos deben garantizar la participación de pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional de sus miembros para la toma de decisiones, sin perjuicio de su responsabilidad ética y médica".

15. Artículo 15. Este artículo establece el mecanismo de control judicial, automático, preferente y sumario. Quedará así:

"**Artículo 15.** ***Mecanismo de control judicial, automático, preferente y sumario.*** La institución cuyo Comité Técnico-Científico negó la prestación de servicios ordenada por el profesional de la salud tratante enviará a la Superintendencia Nacional de Salud al día siguiente, la documentación relativa al rechazo de la prestación de servicios, para que esta, en ejercicio de su facultad jurisdiccional, mediante el procedimiento señalado en el presente artículo, tome la decisión respectiva. Dicha institución informará al interesado sobre el traslado, para que intervenga.

La Superintendencia podrá pedir informes adicionales a la institución, a los profesionales de la salud tratantes o a cualquier otra persona que estime necesario y resolverá, previo concepto de una Junta Técnico-Científica de pares del profesional de la salud tratante, dentro de los siete (7) días siguientes al recibo del rechazo.

Si la entidad no envía la información oportunamente, deberá prestar el servicio. La motivación de la decisión proferida por la Superintendencia Nacional de Salud valorará la pertinencia médica de la prestación solicitada y la necesidad de la prestación.

La decisión tendrá apelación y el trámite del recurso deberá surtirse en un periodo no superior a diez (10) días.

Los conceptos que emitan los Comités Técnicos Científicos y la Junta Técnico-Científica tendrán como referencia los criterios, protocolos, guías y procedimientos que deberán observar el principio de sostenibilidad y serán establecidos de acuerdo con las propuestas y recomendaciones técnicas y científicas (*lexartis*), hechas por una entidad sin ánimo de lucro de naturaleza mixta de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas. Las sociedades científicas, en desarrollo de la autorregulación de las profesiones, podrán hacer las propuestas correspondientes a la entidad sin ánimo de lucro de naturaleza mixta.

El procedimiento automático previsto en el presente artículo será preferente y sumario.

Parágrafo 1°. La conformación y funcionamiento de la Junta Técnico-Científica debe garantizar la participación de pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional de sus miembros para la toma de decisiones, sin perjuicio de su responsabilidad ética y médica.

Parágrafo 2°. Este procedimiento se aplicará sin perjuicio de la acción de tutela".

16. Artículo 16. Se refiere a la revisión posterior a la prestación de servicios extraordinarios. Quedará así:

"**Artículo 16.** ***Revisión posterior a la prestación de servicios extraordinarios.*** La institución cuyo Comité Técnico-Científico aprobó la prestación de servicios ordenada por el profesional de la salud tratante deberá prestar el servicio y enviar la documentación sobre la prestación de servicios aprobados por el Comité Técnico-Científico a la Superintendencia Nacional de Salud al día siguiente de su aprobación, quien dentro de los treinta (30) días siguientes a su recibo, decidirá eventualmente si revisa la insuficiencia de las prestaciones explícitas y la necesidad de la prestación de servicios extraordinarios.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá revisar las prestaciones de servicios aprobadas por los Comités Técnico-Científicos cuando lo solicite la entidad encargada de asegurar o administrar los recursos para la prestación de servicios extraordinarios, dentro de los treinta (30) días siguientes a su aprobación.

La Superintendencia Nacional de Salud solicitará concepto de la Junta Técnico-Científica, quien deberá rendirlo dentro de los cinco (5) días siguientes, del cual se dará traslado a la respectiva institución para que dentro de los dos (2) días siguientes se pronuncie sobre el concepto. La Superintendencia Nacional de Salud podrá modificar, revocar o confirmar las decisiones adoptadas por los Comités Técnico-Científicos y podrá ordenar las medidas administrativas y financieras, sin perjuicio de las demás responsabilidades a las que haya lugar. La decisión tendrá apelación y el trámite del recurso deberá surtirse en un periodo no superior a diez (10) días.

En caso de encontrar que no se cumple con los requisitos para la autorización de los servicios extraordinarios, por estar estos incluidos explícitamente en el Plan de Beneficios, la entidad deberá reembolsar el valor recibido por este concepto, sin perjuicio de otras medidas administrativas que se puedan tomar. En caso que las prestaciones extraordinarias autorizadas por el Comité Técnico-Científico se encuentren expresamente excluidas o la Junta Técnico-Científica considere que no son pertinentes, la Superintendencia Nacional de Salud definirá las medidas administrativas del caso con respecto a la entidad".

EL TÍTULO IV. SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, comprende dos capítulos, el Capítulo primero, disposiciones generales, que comprende el artículo 17. El Capítulo Segundo, Esquema basado en el aseguramiento comprende los artículos 18 al 21. El Capítulo Tercero, Esquema basado en la provisión de servicios comprende los artículos 22 al 23. Se describen a continuación:

17. Artículo 17. Establece los esquemas para la prestación de los servicios de seguridad social en salud. Quedará así:

"**Artículo 17.** ***Esquemas para la prestación de los servicios de seguridad social en salud.*** La ley definirá el esquema para la prestación de los servicios de seguridad social en salud y establecerá políticas, procedimientos, instituciones y mecanismos de ejecución.

La ley ordinaria podrá adoptar un esquema basado en el aseguramiento, un esquema basado en la provisión de servicios, esquemas mixtos o cualquier otro.

En caso de que se trate de un esquema basado en el aseguramiento, este deberá seguir los lineamientos previstos en el capítulo 2 del presente título. En caso de que se trate de un esquema ba-

sado en la provisión de servicios, deberá basarse en los lineamientos previstos en el capítulo 3 del presente título. Cuando el esquema sea mixto, se adoptará los lineamientos del esquema principal que defina el legislador.

Parágrafo. El esquema principal vigente a la fecha de expedición de la presente ley es un esquema de aseguramiento, por lo tanto regirán las disposiciones previstas en el capítulo 2 del presente título".

18. Artículo 18. Se refiere al esquema de aseguramiento. Quedará así:

"**Artículo 18.** ***Esquema de aseguramiento.*** El esquema de aseguramiento favorece la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario.

El esquema de aseguramiento permite la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud y la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el Plan de Beneficios, en las condiciones establecidas en la ley".

19. Artículo 19. Establece el plan de beneficios. Quedará así:

"**Artículo 19.** ***Plan de beneficios.*** El Plan de Beneficios es un conjunto de prestaciones explícitas, exigibles y necesarias para garantizar la vida y la salud de los usuarios.

En caso de que las prestaciones del Plan de Beneficios no sean las pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo, el profesional de la salud tratante adscrito a la institución de aseguramiento o a aquella que preste el servicio de salud, podrá prescribir de forma excepcional aquellas que se requieran con necesidad, estén disponibles en el país y sean costo efectivas.

Las prestaciones, procedimientos y medicamentos para el tratamiento de las enfermedades huérfanas que no estén incluidos en el Plan de Beneficios se financiarán con los recursos establecidos en la ley especial sobre la materia".

20. Artículo 20. Referido al plan de beneficios. Quedará así:

"**Artículo 20.** ***Actualización del plan de beneficios.*** El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, los requerimientos de procedimientos y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios; avances tecnológicos, en procedimientos, medicamentos, e insumos, entre otros; sin perjuicio de poder realizar actualizaciones o ajustes parciales durante el periodo de su vigencia. Para la exclusión o inclusión de prestaciones deberán tenerse en cuenta los principios y criterios técnicos establecidos en la presente ley.

Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser públicas, explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de usuarios, facultades de ciencias de la salud y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

El Plan de Beneficios sólo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello.

Parágrafo. El Plan de Beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del 1° de diciembre de 2011".

21. Artículo 21. Se refiere al financiamiento del plan de beneficios. Quedará así:

"**Artículo 21.** ***Financiamiento del plan de beneficios.*** El Plan de Beneficios se financiará con cargo a la Unidad de Pago por Capitación para el pago de las prestaciones explícitas.

Se establecerá un mecanismo para financiar la prestación de servicios por condiciones particulares extraordinarias y que se requieren con necesidad. En ningún caso habrá lugar a recobros. Los recursos para asegurar la prestación de servicios extraordinarios podrán ser manejados, según lo disponga el Gobierno Nacional, por:

1. Aseguradoras vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud o la Superintendencia Financiera.

2. Un fondo cuenta público con o sin personería jurídica".

22. Artículo 22. Se refiere a los fundamentos del esquema de provisión de servicios. Quedará así:

"**Artículo 22.** ***Fundamentos del esquema de provisión de servicios.*** El esquema de provisión de servicios se realizará con una visión amplia de la salud pública que incorpore un sistema de atención integral y una articulación de las políticas públicas que permita afectar los determinantes sociales de la salud, con perspectiva poblacional y territorial, empleando como estrategias la atención primaria en salud, el respeto de la relación entre los profesionales de la salud con el paciente, así como en el uso transparente, planificado y pertinente de los recursos financieros, físicos, tecnológicos y del talento humano. El cumplimiento que el Estado dé a este derecho se evaluará por el impacto positivo que logre en la calidad de vida de la población".

23. Artículo 23. Este artículo se refiere a la provisión de los servicios de salud. Quedará así:

"**Artículo 23.** ***Provisión de los servicios de salud.*** Las prestaciones de salud se realizarán a partir de una red pública o privada de prestadores. La contratación con la red privada se hará para los servicios que no puedan ser ofrecidos por la red pública, según los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Las prestaciones de servicios se deberán contratar con aquellos prestadores que tengan mejores indicadores y resultados en salud, y presten servicios de mejor calidad a los usuarios. Deberán garantizarse todos los servicios a través de redes de atención, de acuerdo con las necesidades de la población en sus territorios."

EL TÍTULO V. DISPOSICIONES COMUNES, comprende los artículos 24 al 31:

24. Artículo 24. Se refiere a la unificación del plan de beneficios. Quedará así:

"**Artículo 24.** ***Unificación del plan de beneficios.*** El Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado se actualizará progresivamente hasta que se unifique con el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo, atendiendo los principios de eficiencia, sostenibilidad y progresividad, así como los criterios de actualización del Plan de Beneficios, consagrados en la presente ley.

Parágrafo. La unificación de los planes se hará a más tardar el treinta y uno (31) de julio de 2014".

25. Artículo 25. Establece la prioridad de los nacionales y residentes para el acceso a las infraestructuras de salud y la disponibilidad de transplantes y atención de enfermedades de alto costo y/o huérfanas. Quedará así:

"**Artículo 25.** ***Prioridad de nacionales y residentes.*** Las infraestructuras de salud pública y privadas existentes en el país, la disponibilidad de órganos y tejidos destinados a trasplantes, así como la atención de enfermedades de alto costo y/o huérfanas, tendrán como prioridad de uso y destinación la atención oportuna que garantice el derecho a la salud a los nacionales colombianos y a los extranjeros residentes calificados".

26. Artículo 26. Establece la recertificación obligatoria. Quedará así:

"**Artículo 26.** ***Recertificación.*** Los egresados de los programas de educación superior del área de la salud tendrán el derecho y el deber de participar en procesos de formación continua y recertificación de su idoneidad y competencia, como requisito para el ejercicio de su profesión".

27. Artículo 27. Destinación e inembargabilidad de los recursos que financian el Sistema de Seguridad Social en Salud. Quedará así:

"**Artículo 27.** ***Destinación e inembargabilidad de los recursos que financian el Sistema de Seguridad Social en Salud.*** Los recursos que financian el Sistema de Seguridad Social en Salud tienen destinación específica, no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente, en consecuencia son inembargables e imprescriptibles".

28. Artículo 28. Políticas públicas en materia de salud. Quedará así:

"**Artículo 28.** ***Políticas públicas en materia de salud.*** El Gobierno Nacional, en la búsqueda de garantizar el derecho fundamental a la salud, formulará las siguientes políticas públicas, teniendo como base los lineamientos aquí establecidos:

28.1. Política de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. Buscará garantizar su oportuna provisión y acceso; promover su producción pública o privada nacional; determinar las bases para las compras preferenciales, nacionales e internacionales; inspeccionar, vigilar y controlar la calidad en su provisión, disponibilidad y establecer una regulación de precios.

28.2. Política en ciencia y tecnología. Incentivará la investigación y producción de tecnologías en el área de la salud, dando preferencia a aquellas que mejoren la calidad de vida de la población; establecer las bases para la regulación, evaluación e incorporación de nuevas tecnologías y los avances de la telemedicina pertinentes para las necesidades en salud de los usuarios.

28.3. Política laboral. Garantizará la vinculación estable y decente de los trabajadores y profesionales del sector salud, eliminando toda forma de intermediación laboral, en especial en los cargos misionales de las instituciones de la seguridad social en salud.

28.4. Política en formación en salud. Buscará que en la formación se promueva el respeto de los valores propios de la relación interpersonal en la atención en salud, la prestación ética de la misma y orientada a suplir las necesidades en salud de la población. El Estado creará un fondo destinado a garantizar la formación posgradual de los profesionales del sector salud, sin perjuicio de la existencia de otros mecanismos, teniendo como prioridad aquellas áreas del conocimiento en salud, en las que exista déficit".

29. Artículo 29. Entidades sin ánimo de lucro. Quedará así:

"**Artículo 29.** ***Entidades sin ánimo de lucro.*** El Gobierno Nacional promoverá los mecanismos para que las instituciones del aseguramiento de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud y la intermediación en salud se transformen en entidades sin ánimo de lucro".

30. Artículo 30. Se establece un período de transición y un plazo para reglamentar lo dispuesto en los artículos 14, 15 y 16. Quedará así:

"**Artículo 30.** ***Periodo de transición.*** El Gobierno Nacional reglamentará lo dispuesto en los artículos 14, 15 y 16 en un plazo no superior a

seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Mientras se conforman los comités técnico científico, la Junta Técnico-Científica mencionada en la presente ley y se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud se continuará aplicando la normatividad vigente sobre acceso y financiación del plan de beneficios".

31. Artículo 31. Corresponde a la vigencia y a las derogatorias. Quedará así:

"**Artículo 31.** ***Vigencia y derogatorias.*** Esta ley deroga todas las normas que le sean contrarias y entra a regir a partir de la fecha de su publicación. Las disposiciones aquí contenidas no afectan regímenes especiales establecidos, ni otros planes y mecanismos de aseguramiento que desarrollan el servicio público de Seguridad Social en Salud conforme a la ley".

32. TÍTULO. EL título del proyecto quedará así:

"P***or la cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud***".

5. PROPOSICIÓN

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas, solicitamos a la Honorable Comisión Primera del Senado de la República **dar primer debate** al **Proyecto de Ley Estatutaria número 186 de 2010 Senado,** *por el cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud,* **y sus acumulados Proyectos de ley 189 de 2010 Senado, 131 de 2010 Cámara y 198 de 2010 Senado,** de conformidad con el pliego de modificaciones y el texto propuesto que se adjunta.

De los honorables Senadores,

KARIME MOTA Y MORAD
Coordinadora
Senadora de la República

JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN
Coordinador
Senador de la República

HERNAN F. ANDRADE SERRAÑO
Senador de la República

JORGE E. LONDOÑO ULLOA
Senador de la República

JUAN CARLOS RIZZETTO LUCES
Senador de la República

LUIS CARLOS AVELLANEDA TARAZONA
Senador de la República

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NÚMERO 186 DE 2010 SENADO, 189 DE 2010 SENADO, 131 DE 2010 CÁMARA Y 198 DE 2010 SENADO, ACUMULADOS

por la cual se regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad en salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. Á*mbito de aplicación.* Esta ley regula las bases de los esquemas para la prestación de los servicios de seguridad social en salud, sus principios, los derechos de los usuarios y los mecanismos de protección del derecho a la salud.

También regula parcialmente el derecho a la salud y a la igualdad de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud actual, en lo referente al Plan de Beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, sin perjuicio de la existencia de otros sistemas de aseguramiento o provisión de servicios que contribuyan a la satisfacción del derecho a la salud.

Para el mejor aprovechamiento de los recursos finitos del Sistema, provistos por toda la sociedad y los aportantes en particular, de acuerdo con su capacidad económica, prevalecerá el interés general sobre el particular de manera que se garantice el acceso equitativo a los servicios de salud a todos los usuarios.

Artículo 2º. *Carácter fundamental del derecho a la salud.* El derecho a la salud es un derecho fundamental y su realización constituye uno de los fines esenciales del Estado.

Artículo 3º. *Derechos de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud.* Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud tienen como mínimo los siguientes derechos:

3.1. Derecho a elegir libremente al asegurador y al prestador de servicios de salud en los términos que defina la Ley.

3.2. Derecho a mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante y a recibir información suficiente y apropiada a sus condiciones sicológicas y culturales, que le permitan tomar decisiones respecto a los procedimientos que le vayan a practicar, el pronóstico y riesgos de los mismos.

3.3. Derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos.

3.4. Derecho a que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que

únicamente pueda ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

3.5. Derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

3.6. Derecho a solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

3.7. Derecho a que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley.

3.8. Derecho a recibir prestaciones de salud en las condiciones y en los términos consagrados en la ley.

Artículo 4º. *Deber de autocuidado de la salud.* El autocuidado es el deber que tiene toda persona de procurar el cuidado integral de su salud y la de su familia. Los padres deberán procurar la atención integral a la salud de sus hijos menores de edad o mayores de edad en situación de discapacidad y los hijos están obligados a cuidar a sus padres en su ancianidad, en el estado de demencia en todas las circunstancias de la vida en que necesitaren auxilios. El Gobierno Nacional, los entes territoriales, los centros educativos y los actores del Sistema de Salud deberán adelantar actividades pedagógicas para promover prácticas orientadas al cuidado de la salud y la prevención de la enfermedad.

Las prácticas de autocuidado podrán ser promovidas por las entidades que integran el Sistema. En ningún caso, el incumplimiento del autocuidado implicará la negación o disminución de los servicios de salud.

Artículo 5º. *Principios del Sistema de Seguridad Social en Salud.* Son principios del acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud:

5.1. Prioridad del usuario. El Sistema de Seguridad Social en Salud tiene por objetivo principal la garantía del derecho a la salud del usuario.

5.2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El Sistema de Seguridad Social en Salud tendrá como prioridad la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de favorecer el buen estado de salud de los individuos y mejorar su calidad de vida.

5.3. Integralidad. Es la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con la ley.

5.4. Universalidad. El Sistema de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

5.5. Igualdad. El acceso a la seguridad social en salud se garantiza a las personas residentes en el territorio colombiano, sin discriminación por razones de sexo, raza, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

5.6. Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso a los servicios de seguridad social en salud entre las personas.

5.7. Equidad. Es el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, independientemente de su capacidad de pago, evitando que prestaciones individuales pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

5.8. Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del usuario de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma ágil, continua, segura y oportuna, mediante una atención amable.

5.9. Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles y los resultados en salud de los usuarios.

5.10. Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el Sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin.

5.11. Progresividad. Es la gradualidad en la actualización y mejora de las prestaciones ofrecidas por el Sistema de Seguridad Social en Salud.

5.12. Participación social. El Sistema de Seguridad Social en Salud debe garantizar la participación de los usuarios.

5.13. Corresponsabilidad. Es la concurrencia de actores en acciones conducentes a garantizar el derecho de las personas a conservar o recuperar su salud. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.

5.14. Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras, visibles y participativas.

5.15. Accesibilidad. Es la eliminación progresiva de las barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas, tecnológicas o de cualquier otra índole que injustificadamente impiden el acceso a las prestaciones de salud.

Artículo 6º. *Criterios para la definición de los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud.* Los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud se establecerán en términos de

seguridad, integralidad, efectividad y racionalidad en el costo de acuerdo con sus principios y los siguientes criterios técnicos:

6.1. El perfil epidemiológico y demográfico de la población colombiana.

6.2. La carga de la enfermedad.

6.3. La disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero.

6.4. La priorización, los plazos y metas para la progresiva inclusión o exclusión de prestaciones.

6.5. Evidencia científica probada acorde con criterios de costo efectividad.

6.6. Las preferencias y valores sociales que resulten de la participación ciudadana.

6.7. Evitar la configuración de conflictos de interés.

6.8. Fijar criterios de elegibilidad según priorización científica y social.

Artículo 7º. *Prestaciones excluidas.* Quedan excluidas las prestaciones suntuarias, las únicamente cosméticas, los procedimientos, medicamentos y tecnologías experimentales sin evidencia científica. También quedan excluidas las prestaciones que solamente se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y aquellas que no sean propias del ámbito de la salud.

Artículo 8º. *De la atención primaria en salud.* El eje de salud pública tendrá como política la prevención y la promoción de la salud, la cual se articulará con las políticas sociales, ambientales, culturales y económicas, que permitan afectar los determinantes sociales de la salud y contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población. Para ello se implementará como estrategia un modelo de Atención Primaria en Salud, en el cual la participación social será fundamental para su aplicación y desarrollo.

Artículo 9º. *Organización de la atención primaria en salud.* La estrategia de Atención Primaria en Salud se organizará en redes de atención, con equipos básicos de atención primaria en salud que operen en todos los departamentos y municipios.

Artículo 10. *Garantía de la atención de urgencias o de riesgo vital.* Toda persona tiene derecho a ser atendida en forma inmediata en cualquier institución prestadora de salud cuando el paciente presente una urgencia, un riesgo vital o de función básica.

TÍTULO II

DISPOSICIONES PREVALENTES PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Artículo 11. *Protección a los niños, niñas y adolescentes*. Es obligación de la familia, la sociedad y el Estado en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a los niños, niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral, y su desarrollo armónico e integral.

Artículo 12. *Salud prevalente.* Los beneficios reconocidos por el Sistema de Seguridad Social en Salud incluirán una parte especial y diferenciada, que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales: desde el nacimiento (o prenatalidad) hasta los seis (6) años, desde los siete (7) años hasta los menores de catorce (14) años, y de los catorce (14) años a dieciocho (18) años.

Artículo 13. *Tratamiento para víctimas de violencia sexual e intrafamiliar.* Los beneficios reconocidos por el Sistema de Seguridad Social en Salud incluirán servicios de rehabilitación y tratamientos sicológicos para niños, niñas y adolescentes, víctimas de la violencia sexual e intrafamiliar.

TÍTULO III

MECANISMO JURISDICCIONAL PARA EXIGIR LOS BENEFICIOS RECONOCIDOS POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Artículo 14. *Accesibilidad a los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud.* Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud podrán exigir las prestaciones reconocidas por este Sistema de manera oportuna y atendiendo los estándares definidos para tal fin.

Para acceder a la prestación de servicios por condiciones particulares, extraordinarias y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante, sin perjuicio de su responsabilidad médica, deberá someterse al Comité Técnico-Científico que defina la ley, el cual se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas y la necesidad de la prestación de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

Parágrafo. La conformación y funcionamiento de los Comités Técnico-Científicos deben garantizar la participación de pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional de sus miembros para la toma de decisiones, sin perjuicio de su responsabilidad ética y médica.

Artículo 15. *Mecanismo de control judicial, automático, preferente y sumario.* La institución cuyo Comité Técnico-Científico negó la prestación de servicios ordenada por el profesional de la salud tratante enviará a la Superintendencia Nacional de Salud al día siguiente, la documentación relativa al rechazo de la prestación de servicios, para que esta, en ejercicio de su facultad jurisdiccional, mediante el procedimiento

señalado en el presente artículo, tome la decisión respectiva. Dicha institución informará al interesado sobre el traslado, para que intervenga.

La Superintendencia podrá pedir informes adicionales a la institución, a los profesionales de la salud tratantes o a cualquier otra persona que estime necesario y resolverá, previo concepto de una Junta Técnico-Científica de pares del profesional de la salud tratante, dentro de los siete (7) días siguientes al recibo del rechazo.

Si la entidad no envía la información oportunamente, deberá prestar el servicio. La motivación de la decisión proferida por la Superintendencia Nacional de Salud valorará la pertinencia médica de la prestación solicitada y la necesidad de la prestación.

La decisión tendrá apelación y el trámite del recurso deberá surtirse en un periodo no superior a diez (10) días.

Los conceptos que emitan los Comités Técnico-Científicos y la Junta Técnico-Científica tendrán como referencia los criterios, protocolos, guías y procedimientos que deberán observar el principio de sostenibilidad y serán establecidos de acuerdo con las propuestas y recomendaciones técnicas y científicas (*lex artis*), hechas por una entidad sin ánimo de lucro de naturaleza mixta de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas. Las sociedades científicas, en desarrollo de la autorregulación de las profesiones, podrán hacer las propuestas correspondientes a la entidad sin ánimo de lucro de naturaleza mixta.

El procedimiento automático previsto en el presente artículo será preferente y sumario.

Parágrafo 1°. La conformación y funcionamiento de la Junta Técnico-Científica debe garantizar la participación de pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional de sus miembros para la toma de decisiones, sin perjuicio de su responsabilidad ética y médica.

Parágrafo 2°. Este procedimiento se aplicará sin perjuicio de la acción de tutela.

Artículo 16. *Revisión posterior a la prestación de servicios extraordinarios*. La institución cuyo Comité Técnico-Científico aprobó la prestación de servicios ordenada por el profesional de la salud tratante deberá prestar el servicio y enviar la documentación sobre la prestación de servicios aprobados por el Comité Técnico-Científico a la Superintendencia Nacional de Salud al día siguiente de su aprobación, quien dentro de los treinta (30) días siguientes a su recibo, decidirá eventualmente si revisa la insuficiencia de las prestaciones explícitas y la necesidad de la prestación de servicios extraordinarios.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá revisar las prestaciones de servicios aprobadas por los Comités Técnico-Científicos cuando lo solicite la entidad encargada de asegurar o administrar los recursos para la prestación de servicios extraordinarios, dentro de los treinta (30) días siguientes a su aprobación.

La Superintendencia Nacional de Salud solicitará concepto de la Junta Técnico-Científica, quien deberá rendirlo dentro de los cinco (5) días siguientes, del cual se dará traslado a la respectiva institución para que dentro de los dos (2) días siguientes se pronuncie sobre el concepto. La Superintendencia Nacional de Salud podrá modificar, revocar o confirmar las decisiones adoptadas por los Comités Técnico-Científicos y podrá ordenar las medidas administrativas y financieras, sin perjuicio de las demás responsabilidades a las que haya lugar. La decisión tendrá apelación y el trámite del recurso deberá surtirse en un periodo no superior a diez (10) días.

En caso de encontrar que no se cumple con los requisitos para la autorización de los servicios extraordinarios, por estar estos incluidos explícitamente en el Plan de Beneficios, la entidad deberá reembolsar el valor recibido por este concepto, sin perjuicio de otras medidas administrativas que se puedan tomar. En caso que las prestaciones extraordinarias autorizadas por el Comité Técnico-Científico se encuentren expresamente excluidas o la Junta Técnico-Científica considere que no son pertinentes, la Superintendencia Nacional de Salud definirá las medidas administrativas del caso con respecto a la entidad.

TÍTULO IV
SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
CAPÍTULO I
Disposiciones generales

Artículo 17. *Esquemas para la prestación de los servicios de seguridad social en salud.* La ley definirá el esquema para la prestación de los servicios de seguridad social en salud y establecerá políticas, procedimientos, instituciones y mecanismos de ejecución.

La ley ordinaria podrá adoptar un esquema basado en el aseguramiento, un esquema basado en la provisión de servicios, esquemas mixtos o cualquier otro.

En caso que se trate de un esquema basado en el aseguramiento, este deberá seguir los lineamientos previstos en el capítulo 2 del presente título. En caso que se trate de un esquema basado en la provisión de servicios, deberá basarse en los lineamientos previstos en el capítulo 3 del presente título. Cuando el esquema sea mixto, se adoptará los lineamientos del esquema principal que defina el legislador.

Parágrafo. El esquema principal vigente a la fecha de expedición de la presente ley es un es-

quema de aseguramiento, por lo tanto regirán las disposiciones previstas en el capítulo 2 del presente título.

CAPÍTULO II

Esquema basado en el aseguramiento

Artículo 18. *Esquema de aseguramiento.* El esquema de aseguramiento favorece la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario.

El esquema de aseguramiento permite la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud y la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el Plan de Beneficios, en las condiciones establecidas en la ley.

Artículo 19. *Plan de beneficios.* El Plan de Beneficios es un conjunto de prestaciones explícitas, exigibles y necesarias para garantizar la vida y la salud de los usuarios.

En caso que las prestaciones del Plan de Beneficios no sean las pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo, el profesional de la salud tratante adscrito a la institución de aseguramiento o a aquella que preste el servicio de salud, podrá prescribir de forma excepcional aquellas que se requieran con necesidad, estén disponibles en el país y sean costo efectivas.

Las prestaciones, procedimientos y medicamentos para el tratamiento de las enfermedades huérfanas que no estén incluidos en el Plan de Beneficios se financiarán con los recursos establecidos en la ley especial sobre la materia.

Artículo 20. *Actualización del plan de beneficios.* El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, los requerimientos de procedimientos y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios; avances tecnológicos, en procedimientos, medicamentos, e insumos, entre otros; sin perjuicio de poder realizar actualizaciones o ajustes parciales durante el periodo de su vigencia. Para la exclusión o inclusión de prestaciones deberán tenerse en cuenta los principios y criterios técnicos establecidos en la presente ley.

Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser públicas, explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de usuarios, facultades de ciencias de la salud y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

El Plan de Beneficios sólo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello.

Parágrafo. El Plan de Beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del 1° de diciembre de 2011.

Artículo 21. *Financiamiento del plan de beneficios.* El Plan de Beneficios se financiará con cargo a la Unidad de Pago por Capitación para el pago de las prestaciones explícitas.

Se establecerá un mecanismo para financiar la prestación de servicios por condiciones particulares extraordinarias y que se requieren con necesidad. En ningún caso habrá lugar a recobros. Los recursos para asegurar la prestación de servicios extraordinarios podrán ser manejados, según lo disponga el Gobierno Nacional, por:

1. Aseguradoras vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud o la Superintendencia Financiera.

2. Un fondo cuenta público con o sin personería jurídica.

CAPÍTULO III

Esquema basado en la provisión de servicios

Artículo 22. *Fundamentos del esquema de provisión de servicios.* El esquema de provisión de servicios se realizará con una visión amplia de la salud pública que incorpore un sistema de atención integral y una articulación de las políticas públicas que permita afectar los determinantes sociales de la salud, con perspectiva poblacional y territorial, empleando como estrategias la atención primaria en salud, el respeto de la relación entre los profesionales de la salud con el paciente, así como en el uso transparente, planificado y pertinente de los recursos financieros, físicos, tecnológicos y del talento humano. El cumplimiento que el Estado dé a este derecho se evaluará por el impacto positivo que logre en la calidad de vida de la población.

Artículo 23. *Provisión de los servicios de salud.* Las prestaciones de salud se realizarán a partir de una red pública o privada de prestadores. La contratación con la red privada se hará para los servicios que no puedan ser ofrecidos por la red pública, según los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Las prestaciones de servicios se deberán contratar con aquellos prestadores que tengan mejores indicadores y resultados en salud, y presten servicios de mejor calidad a los usuarios. Deberán garantizarse todos los servicios a través de redes de atención, de acuerdo con las necesidades de la población en sus territorios.

TÍTULO V
DISPOSICIONES COMUNES

Artículo 24. *Unificación del plan de beneficios.* El Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado se actualizará progresivamente hasta que se unifique con el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo, atendiendo los principios de eficiencia, sostenibilidad y progresividad, así como los criterios de actualización del Plan de Beneficios, consagrados en la presente ley.

Parágrafo. La unificación de los planes se hará a más tardar el treinta y uno (31) de julio de 2014.

Artículo 25. *Prioridad de nacionales y residentes.* Las infraestructuras de salud públicas y privadas existentes en el país, la disponibilidad de órganos y tejidos destinados a trasplantes, así como la atención de enfermedades de alto costo y/o huérfanas, tendrán como prioridad de uso y destinación la atención oportuna que garantice el derecho a la salud a los nacionales colombianos y a los extranjeros residentes calificados.

Artículo 26. *Recertificación.* Los egresados de los programas de educación superior del área de la salud tendrán el derecho y el deber de participar en procesos de formación continua y recertificación de su idoneidad y competencia, como requisito para el ejercicio de su profesión.

Artículo 27. *Destinación e inembargabilidad de los recursos que financian el Sistema de Seguridad Social en Salud.* Los recursos que financian el Sistema de Seguridad Social en Salud tienen destinación específica, no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente, en consecuencia son inembargables e imprescriptibles.

Artículo 28. *Políticas públicas en materia de salud.* El Gobierno Nacional, en la búsqueda de garantizar el derecho fundamental a la salud, formulará las siguientes políticas públicas, teniendo como base los lineamientos aquí establecidos:

28.1. Política de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. Buscará garantizar su oportuna provisión y acceso; promover su producción pública o privada nacional; determinar las bases para las compras preferenciales, nacionales e internacionales; inspeccionar, vigilar y controlar la calidad en su provisión, disponibilidad y establecer una regulación de precios.

28.2. Política en ciencia y tecnología. Incentivará la investigación y producción de tecnologías en el área de la salud, dando preferencia a aquellas que mejoren la calidad de vida de la población; establecer las bases para la regulación, evaluación e incorporación de nuevas tecnologías y los avances de la telemedicina pertinentes para las necesidades en salud de los usuarios.

28.3. Política laboral. Garantizará la vinculación estable y decente de los trabajadores y profesionales del sector salud, eliminando toda forma de intermediación laboral, en especial en los cargos misionales de las instituciones de la seguridad social en salud.

28.4. Política en formación en salud. Buscará que en la formación se promueva el respeto de los valores propios de la relación interpersonal en la atención en salud, la prestación ética de la misma y orientada a suplir las necesidades en salud de la población. El Estado creará un fondo destinado a garantizar la formación posgradual de los profesionales del sector salud, sin perjuicio de la existencia de otros mecanismos, teniendo como prioridad aquellas áreas del conocimiento en salud, en las que exista déficit.

Artículo 29. *Entidades sin ánimo de lucro.* El Gobierno Nacional promoverá los mecanismos para que las instituciones del aseguramiento de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud y la intermediación en salud se transformen en entidades sin ánimo de lucro.

Artículo 30. *Periodo de transición.* El Gobierno Nacional reglamentará lo dispuesto en los artículos 14, 15 y 16 en un plazo no superior a seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Mientras se conforman los Comités Técnico-Científicos, la Junta Técnico-Científica mencionada en la presente ley y se reestructura la Superintendencia Nacional de Salud se continuará aplicando la normatividad vigente sobre acceso y financiación del plan de beneficios.

Artículo 31. *Vigencia y derogatorias*. Esta ley deroga todas las normas que le sean contrarias y entra a regir a partir de la fecha de su publicación. Las disposiciones aquí contenidas no afectan regímenes especiales establecidos, ni otros planes y mecanismos de aseguramiento que desarrollan el servicio público de Seguridad Social en Salud conforme a la ley.

KARIME MOTA Y MORAD
Coordinadora
Senadora de la República

JUAN MANUEL GALÁN PACHÓN
Coordinador
Senador de la República

HERNÁN F. ANDRADE SERRANO
Senador de la República

JORGE E. LONDOÑO ULLOA
Senador de la República

JUAN CARLOS RIZZETO LUCES
Senador de la República

LUIS CARLOS AVELLANEDA TARAZONA
Senador de la República

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2010