



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XIX - N° 522

Bogotá, D. C., miércoles, 18 de agosto de 2010

EDICIÓN DE 12 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

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2010 SENADO

por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1°. Objeto. La presente ley modifica y reordena el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objetivo central de fortalecerlo y con los siguientes objetivos relacionados:

- a) Lograr la universalidad en la cobertura del Aseguramiento en Salud, el acceso real de los ciudadanos a los servicios de salud definidos en los Planes de Beneficios de ambos regímenes a más tardar el 31 de marzo de 2011;
- b) Reestructurar y mejorar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en términos del flujo de recursos, eficiencia y el uso transparente y adecuado de los mismos;
- c) Reordenar y mejorar el sistema de Inspección, Vigilancia y Control, incluyendo la descentralización del mismo;
- d) Lograr el equilibrio contractual y operativo entre aseguradores y prestadores de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- e) Desarrollar los mecanismos necesarios para fortalecer y ejecutar las políticas, planes y proyectos de la salud pública, mediante la determinación de competencias en la dirección, regulación y supervisión del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- f) Reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y responsabilizar a los actores del Sistema con funciones y competencias, teniendo como finalidad el logro de resultados en salud definidos y evaluados con base en indicadores de resultado e impacto;
- g) Poner en funcionamiento el Sistema de Información del Sistema Único en Salud;

h) Reafirmar que sea el aseguramiento el modelo financiero en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

i) Optimizar el flujo, la eficiencia y el uso adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, haciéndolo de destinación específica para la prestación de servicios de salud;

j) Garantizar el goce efectivo de la salud en todo el país para los afiliados al SGSSS desde el porte del seguro de salud.

Artículo 2°. Definiciones.

Salud Pública.

La salud pública es el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores.

La salud pública incluye las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento, del consumo, del ambiente y fomento de factores protectores, vigilancia epidemiológica, así como las acciones en patologías de interés en salud pública, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que afecten la salud.

La atención integral, incluye acciones de educación e información, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de carácter individual, familiar y colectivo.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El SGSSS, son las obligaciones del Estado y la sociedad, los actores y recursos orientados a garantizar la cobertura de las prestaciones en salud a lo largo del territorio Nacional.

La Salud, es un servicio público esencial y obligatorio, cuya dirección, regulación y control están a cargo del Estado y que es ofrecido y prestado por entidades de naturaleza pública o privada bajo condiciones establecidas en las leyes.

Aseguramiento en Salud.

Para efectos de esta ley, entiéndase por aseguramiento el mecanismo estructurado y formal por el cual se protege financieramente una persona y su familia frente al riesgo de enfermar. Mediante este mecanismo, con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) recibida, la entidad aseguradora garantiza un plan de beneficios determinado.

Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en Salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de Salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Son las EPS, las entidades que están obligadas a cumplir integralmente con el plan de beneficios, actuando con ética y sin ejercer cualquier tipo de presión o condicionamiento sobre los médicos y las Instituciones Prestadoras de Salud, para afectar su juicio profesional en cuanto a la formulación de procedimientos, medicamentos, tratamientos, exámenes, elementos e insumos terapéuticos, y si es del caso, su posterior realización.

Redes de Prestación de Servicios de Salud.

Las redes de prestación de servicios de salud son la integración de entidades con criterio de complementariedad para atender necesidades en salud y el plan de beneficios según el tipo de régimen, organizada de acuerdo con el perfil epidemiológico del territorio y supervisadas por las entidades territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud, bajo parámetros e indicadores de eficiencia y calidad.

Alto Costo.

El alto costo es el comportamiento del gasto que puede exceder la estructura de costos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Modelo de Atención en Salud: Atención Primaria en Salud (APS).

El país optará por el Modelo de Atención en Salud para todos los actores del SGSSS. La Atención Primaria en Salud (APS), es la estrategia que se define como el conjunto de acciones, intervenciones, servicios para integrar la información y educación en salud, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el tratamiento y manejo de enfermedades, y la rehabilitación, con enfoque familiar y comunitario en territorios. La APS articula y armoniza los servicios de salud con las acciones transectoriales, así como la participación ciudadana para el incremento en la calidad de vida de la comunidad.

La organización de servicios por territorios, con alta resolutivez, por medio de equipos de salud familiar y comunitaria a los cuales se adscribe un número determinado de familias permite hacer de la APS ser la puerta de entrada a la atención en salud.

Con la estrategia de APS, se busca acercar los servicios de salud a las necesidades de las personas (ac-

cesibilidad), articular la educación en salud con la prevención, la protección específica, la atención y la rehabilitación (Integralidad), hacer seguimiento de los procesos de atención (continuidad) y lograr un vínculo en el tiempo entre las familias y los servicios (longitudinalidad).

Artículo 3°. Características de Operación del Aseguramiento

Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.

Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen contributivo:

a) Los afiliados al Régimen contributivo, se beneficiarán del Plan Obligatorio de Salud que define la CRES, el cual no podrá ser inferior al existente a la expedición de la presente ley;

b) Todo niño que nazca quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. Cuando se trate de hijo de beneficiario y nieto de cotizante, el niño conservará, en todo caso, la calidad de afiliado hasta el primer año de edad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud, la UPC correspondiente;

c) La sumatoria de la antigüedad que constituyan los afiliados en diferentes EPS con sus aportes al régimen contributivo, se mantendrá y contabilizará; esta característica se mantendrá hasta por lo menos un año de suspendidos los aportes. Igualmente, en el caso que los afiliados se trasladen al Régimen subsidiado sus derechos se reconocerán cuando recuperen su capacidad de regresar al régimen contributivo.

Para el caso de las personas naturales afiliadas al régimen subsidiado, que deseen permanecer en él, la parte contratante, deberá realizar el pago de los aportes a la subcuenta del régimen subsidiado del Fosyga, cuyos recursos se destinarán a la ampliación y fortalecimiento del mismo.

Dicho aporte se efectuará máximo por un período de tres meses el cual solo se podrá prorrogar por una vez al año;

d) Para cumplir con lo estipulado en el inciso anterior el valor del contrato correspondiente se mensualizará por el término de tiempo contractual y sobre el equivalente al 50% de la mensualidad inferida se calculará la cotización correspondiente del 12.5%, la cual será retenida y pagada por el contratante a la EPS que señale el contratista, esta acción que realiza el contratante no genera la constitución de vínculo laboral. Se entiende que el 50% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada. El contratante que incumpla lo estipulado en la presente ley será sancionado pecuniariamente con un monto que corresponde al 80% del valor del Contrato;

e) En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente ni superior a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

De la rectoría del sistema.

La función de rectoría significa asumir la responsabilidad estatal de formular políticas públicas acordes con este propósito, ejercer el control público para ga-

rantizar el buen uso de los recursos y lograr resultados en calidad de vida y salud de las poblaciones, definir mecanismos de regulación de la operación de las redes de servicios según las necesidades de atención de las personas y garantizar la organización de la información en salud necesaria para tomar decisiones. El SGSSS tendrá una rectoría territorial, en los ámbitos nacional, regional, distrital y municipal. En el ámbito nacional, la rectoría será ejercida por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces. En el ámbito territorial, la rectoría será ejercida por el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Habrá tantos consejos territoriales como entidades territoriales, según los criterios de descentralización en salud definidos en la presente ley.

La rectoría del SGSSS, ejercida desde Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces tendrá entre otros la responsabilidad de establecer las metas en salud, con base en indicadores de gestión, los cuales deben ser evaluados con la frecuencia determinada por la Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales. Con la frecuencia definida, se deberán presentar los resultados de cada uno de los responsables (aseguradores, prestadores, entes territoriales y los demás definidos), los cuales tendrán el reconocimiento definido por la CRES o la sanción por la misma, que en caso de ser reiterada, generará la pérdida de la licencia de funcionamiento según el caso.

Artículo 4°. Características Básicas de la Operación del Régimen Subsidiado

Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen subsidiado:

a) Se beneficiarán en el Régimen Subsidiado, la totalidad de las personas pobres y vulnerables del país en el área rural y urbana, no afiliadas al régimen contributivo ni a ningún régimen de excepción y clasificados en los niveles 1 y 2 mediante el Sisbén o cualquier otro instrumento que se defina;

b) Una vez asegurada la población descrita en el literal anterior con subsidio total, las personas susceptibles de subsidio clasificadas en el nivel 3 del Sisbén o cualquier otro instrumento que defina el Gobierno Nacional susceptible del subsidio, lo recibirán de acuerdo a la reglamentación que para tal efecto expida la CRES dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley;

c) Los municipios y distritos aplicarán el instrumento que defina el Gobierno Nacional mediante el cual se identificará la población susceptible de recibir el subsidio en salud en su territorio;

d) Sólo se considerará efectivamente afiliado, aquella persona que haya escogido EPS, se encuentre incluida en su base de datos de afiliados contratados y esté debidamente carnetizada. La entidad competente de financiar el Régimen Subsidiado, sólo podrá cancelar a las EPS los subsidios de los usuarios efectivamente afiliados.

e) En cumplimiento de la decisión soberana de la población afiliada y en acatamiento del proceso de libre elección, se firmarán los contratos con la EPS elegida por el usuario;

f) La población pobre y vulnerable que no tenga una residencia permanente, accederá al Régimen Subsidiado

de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social;

g) El carné entregado a los afiliados al Régimen Subsidiado tendrá vigencia por el término del contrato con la entidad territorial correspondiente, y tendrá validez para acceder a los servicios determinados en el plan de beneficios en todo el territorio nacional.

Artículo 5°. Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud.

La elección de las Entidades Promotoras de Salud se hará libremente por los usuarios conforme las siguientes reglas:

a) La EPS entregará carnés a quienes la escojan, diligenciará el formulario de afiliación, orientará acerca de sus deberes y derechos, y los procedimientos de acceso a servicios;

b) La relación de los carnés de afiliación debidamente entregados y el registro único de afiliación serán el soporte para la firma del contrato entre la EPS y la entidad territorial y los respectivos giros del Fosyga y los pagos por la entidad Fiduciaria;

c) El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de veedurías para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS).

Artículo 6°. Regulación de la Integración Vertical Patrimonial.

Entiéndase por Integración Vertical Patrimonial, los eventos en que una Entidad Promotora de Salud (EPS) asume a su vez la función de prestadora de servicios de salud o contrata dicha prestación con IPS que son de su propiedad total o parcialmente, en cuyo caso se denominará red propia. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado que cuenten con red propia podrán prestar servicios a través de dicha red con las siguientes condiciones:

a) Contratar hasta máximo hasta un veinte por ciento (20%) del total de los servicios por tipo de régimen;

b) El porcentaje restante, al permitido en los literales anteriores, tendrá que contratarse con red no propia y que no sea propiedad directa o indirecta de los accionistas de la respectiva EPS;

c) Cuando una EPS sea en forma mayoritaria de propiedad de hospitales públicos, asociaciones de hospitales públicos o cooperativas de hospitales públicos no aplicará la restricción de contratación señalada en los literales a) y b);

d) En todo caso a partir de la vigencia de la presente ley, ninguna aseguradora, en forma directa o a través de terceros, podrá construir, adquirir total o parcialmente, comprar acciones total o parcialmente o entrar a ejercer algún tipo de dominio sobre alguna institución prestadora de servicios de salud en cualquier nivel de complejidad. El incumplimiento de esta norma será causal de revocatoria de la licencia de funcionamiento de la entidad aseguradora.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo estipulado en el presente artículo y, en conjunto con la Superintendencia de Sociedades, examinará la composición de la propiedad de las IPS que obtengan autorización para operar en el sistema, así como de las ya existentes, y la contratación de las EPS con la red propia en

cada vigencia. La participación accionaria en todo caso no podrá exceder el 20%.

Artículo 7°. De la libertad de escogencia de IPS.

Las EPS, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el censo de IPS habilitadas de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red de acuerdo con el resultado de la metodología determinada por la CRES para determinar el ranking territorial. No obstante lo anterior los usuarios podrán sugerir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que se destaquen por sus resultados científicos, por sus resultados de calidad técnica y funcional o por haber obtenido reconocimientos en la implementación del sistema de garantía de calidad.

Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. La CRES reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS.

Parágrafo 1°. Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o falsear la libre competencia para la prestación de los servicios de salud. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que habiéndose afiliado con la expectativa de una determinada red de prestadores y esta no sea cierta podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El régimen de movilidad general puede ser obviado si se demuestra alguna de las causales anteriores.

Parágrafo 2°. La aseguradora que viole el derecho a la libertad de escogencia de IPS deberá ser investigada y sancionada por las autoridades de vigilancia y control. En caso de que dicha violación sea reincidente por parte de la aseguradora, la autoridad competente, revocará su licencia de funcionamiento.

Parágrafo 3°. La CRES con el aporte del Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, determinará en los 3 meses siguientes a la expedición de la presente ley, los indicadores que permitan hacer el seguimiento a los tiempos de espera en las especialidades médicas y quirúrgicas. Estos indicadores, serán de obligatorio cumplimiento por todas las EPS y por las IPS en el territorio Nacional, so pena de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 8°. De la Salud Pública.

Los actores del SGSSS (entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras) serán responsables por los resultados de salud de su población. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, definirá aquellos eventos de morbilidad y mortalidad evitables, con nivel de tolerancia cero, y los procedimientos de diagnóstico temprano que deberán tener coberturas mínimas mandatorias.

El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, deberá garantizar la adopción de la estrategia de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y

comunitario basada en atención familiar y comunitaria que garantice al menos un nivel de resolutivez del 80% dentro del mismo municipio, o de la localidad, comuna o división administrativa en el caso de grandes ciudades.

Artículo 9°. Situación de Salud y Plan de Salud Pública.

Es responsabilidad del Estado (El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces) como rector en salud, que en los diferentes niveles territoriales y con la participación de todos los actores del SGSSS, se mantenga actualizado el diagnóstico de la situación de salud de la población. Este diagnóstico debe identificar necesidades, problemas y áreas epidemiológicas que afectan la salud y el bienestar del individuo y la colectividad. Para ello, la Dirección de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, en conjunto con el Instituto Nacional de Salud, dentro de los 3 meses siguientes a la expedición de esta ley, determinen la metodología para desarrollarlo y mantenerlo actualizado

Con base en el diagnóstico, el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces definirá el Plan de Salud pública Nacional para cada cuatrienio y que hará parte del Plan Nacional de Desarrollo. Este Plan debe formular y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo las prioridades de interés en salud pública, las metas de cobertura de aseguramiento y acceso a servicios, los planes de beneficios, la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad, y demás intervenciones requeridas tendientes a controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.

A partir del Plan de Salud Pública, establecido por el Ministerio de la Protección Social, corresponde a los entes territoriales, su ajuste periódico, el seguimiento a los indicadores de resultado en salud determinados y la aplicación conforme a las condiciones epidemiológicas territoriales.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará la proporción de recursos que como mínimo cada nivel territorial deberá apropiar para el desarrollo de las funciones de soporte en salud pública, diferenciándolos de los que se destinarán para las demás acciones del Plan de Salud Colectiva.

Parágrafo 2°. Los organismos adscritos al Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, deberán brindar como instancias técnico-científicas de referencia en salud pública la información pertinente para definir las prioridades y políticas del plan de salud pública colectiva y brindar la asesoría correspondiente a todos los niveles territoriales responsables de la ejecución del Plan de Salud Colectiva.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional reglamentará las funciones de los organismos públicos y privados que tengan competencias relacionadas con la salud pública, incluyendo los que conforman la red nacional de laboratorios.

Artículo 10. Funciones del Instituto Nacional de Salud.

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, serán funciones del Instituto Nacional de Salud:

a) Vigilar y controlar la ejecución del Plan de Salud Pública Colectiva señalado por el Ministerio de la Protección Social.

b) Realizar la monitoría de la ejecución de las estrategias incluidas en la política de atención integral de las patologías de Alto Costo;

c) Dirigir la evaluación, seguimiento, asistencia, asesoría y control de gestión de las entidades territoriales en relación con el Plan Nacional de Salud Pública y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica definido;

d) Establecer y determinar los factores de riesgo que inciden en la salud y la calidad de vida;

e) Desarrollar las políticas, los programas y los proyectos tendientes a la protección de la salud para prevenir, detectar e intervenir los riesgos del ambiente, físicos, químicos y de consumo que afectan la salud y la calidad de vida;

f) Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

Artículo 11. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Reordénese el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto articulado de agentes, normas y procesos para lograr los siguientes objetivos, sin perjuicio de las demás funciones que hoy le asigna la Ley, así:

a) Proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en particular, su derecho al acceso, al aseguramiento y a la libre elección;

b) Vigilar y promover el mejoramiento integral de la calidad en el SGSSS, de acuerdo con los indicadores de resultado en salud determinados por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces;

c) Vigilar que de acuerdo a la Constitución y la ley, se generen y se destinen adecuada, oportuna y eficientemente los recursos al sector salud;

d) Vigilar que no se produzca abuso de la posición dominante dentro de los actores del sistema;

e) Promover la participación social y la rendición de cuentas a la comunidad por los encargados de operar el sistema;

f) Velar por que se cumplan las normas que regulan el sistema;

g) Velar por que se eleve la calidad del servicio de salud y porque las EPS cumplan con las normas técnicas y/o las guías de atención de las distintas patologías de acuerdo con la Política sobre la materia determinada por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces.

Artículo 12. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC).

Para cumplir con la inspección, vigilancia y control el sistema organizará su estructura teniendo como base los siguientes ejes:

a) Financiamiento: Su objetivo es velar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector;

b) Aseguramiento: Su objetivo es velar por el cumplimiento de los derechos de afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud;

c) Subsidios en salud: Su finalidad es velar por el cumplimiento de las normas respectivas para otorgar los subsidios en salud;

d) Prestación de Servicios de Salud: Su objetivo es velar por la prestación de servicios de salud individuales, en condiciones de calidad;

e) Participación Social y defensoría del usuario;

f) Eje de acciones y medidas especiales que permitan el desarrollo del Sistema de IVC

Artículo 13. Sujetos y Objeto de Control.

Son sujetos de Control de la Superintendencia Nacional de Salud y del Sistema de Inspección Vigilancia y control, todas las personas naturales y jurídicas, públicas, privadas o mixtas que estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y aquellas que cumplan funciones de aseguramiento, financiamiento, dirección del sistema, generación, transferencia, gestión, programación y ejecución de recursos, prestación y control de los servicios de salud individual y colectivos, inclusive los que operen en regímenes excepcionales o excluidos por el SGSSS, en aquellas funciones que cada sujeto vigilado cumple en relación con el sistema.

Artículo 14. Vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los usuarios y pacientes del SGSSS por parte de los Aseguradores y Entes Territoriales.

El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de tres meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia Nacional de Salud o quien este defina relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Artículo 15. Prohibición de actos que afecten la salud y calidad de la prestación de servicios.

Quedan expresamente prohibidos todos aquellos premios o incentivos a los profesionales de la Salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis meses reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, creará junto con la oficina anticorrupción de la Presidencia de la República y la Policía Nacional con el apoyo de la Fiscalía General de la Nación, el programa anticorrupción en salud, el cual estará acompañado de la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República y el cual funcionará bajo principios de celeridad en la investigación y sanciones correspondientes.

Artículo 16. Alto Costo.

Las enfermedades de alto costo serán definidas en el Plan Obligatorio de Salud por parte de la CRES y su

atención será responsabilidad de la EPS en las actividades, intervenciones y procedimientos incluidos en el plan de beneficios.

Así mismo, la CRES expedirá en los siguientes 3 meses a la expedición de esta ley, la reglamentación mediante la cual la subcuenta ECAT del Fosyga cancelará el excedente en los gastos de la atención de enfermedades de alto costo, con cargo a esta última y el procedimiento para garantizar el flujo oportuno de los recursos. Esta reglamentación deberá definir el monto del gasto por paciente año a partir del cual se reconoce un excedente de costo y el tope máximo hasta el cual se reconoce dicho exceso.

Parágrafo 1°. Para financiar el pago de excedentes en atención de enfermedades de alto costo, se destinará como mínimo el 3.5% de la UPC tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado.

Parágrafo 2°. Se destinará un 10% de la Subcuenta de Eventos Catastróficos, Accidentes de Tránsito y Alto Costo para el pago a hospitales públicos por excedentes de facturación ocasionado por la atención de enfermedad de alto costo y riesgo especial en pacientes no asegurados.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, con la participación activa de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y de las Asociaciones de Pacientes legalmente establecidas definirán la Política Nacional para Enfermedades de Alto Costo. En ella, tendrán el acompañamiento del Instituto Nacional de Cancerología, la cual debe incluir los siguientes aspectos:

1. Propuesta de distribución del riesgo con base en la carga de la enfermedad para las patologías definidas como Alto Costo definidas por la CRES.

2. El control de la selección del riesgo, mediante la reglamentación de acceso a los recursos definidos en la subcuenta Alto Costo en el Fosyga.

3. El Modelo de atención, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, y soportado en las Guías de Práctica Clínica definidas para el país (para mejorar la calidad de la atención y dar a conocer masivamente las excelentes prácticas clínicas), el cual discriminará los componentes (promoción y prevención, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación) que incluirá los indicadores que deberán ser monitoreadas anualmente de manera específica por asegurador, ente territorial para las patologías determinadas como de Alto Costo de acuerdo con los indicadores de morbimortalidad del país y de acuerdo con los contenidos del POS, los cuales en concordancia con la Ley 1122 de 2007, que deberán ser actualizados mínimo una vez al año.

4. El modelo, debe contemplar un manejo eficiente y con calidad de los medios de diagnóstico, medicamentos, materiales e insumos, que permitan tener impacto en la salud del paciente y controlar el costo en la prestación de los servicios requeridos por los pacientes y la posibilidad de segmentación de pacientes (a partir de la definición de criterios de segmentación determinados en las Guías de Práctica Clínica) para que una vez diagnosticados puedan recibir terapéuticas en forma domiciliaria.

5. Vigilancia Epidemiológica en términos de seguimiento a los indicadores de resultados en salud esperados para el Cáncer en Colombia.

6. Los pacientes asegurados serán obligatoriamente atendidos por parte de la EPS (contributiva o subsidiada). Si este perdiera su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta de Alto Costo constituida en el Fosyga según la reglamentación que se expida para el efecto. El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida.

Parágrafo 4°. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantía-Subcuenta de Alto Costo.

Artículo 17. Coeficiente de UPC-UPC diferencial para enfermedades de alto costo.

Para equilibrar las desviaciones que puedan existir entre las diferentes EPS respecto del número observado de pacientes con enfermedades de alto costo, se calculará un coeficiente diferencial por EPS y por patología de alto costo, que determinará los recursos que se deben reconocer o descontar a cada EPS durante el proceso de compensación, por contar con una mayor o menor frecuencia de casos de las respectivas enfermedades de alto costo. Este coeficiente resulta de dividir el total del Valor de la Compensación Hipotética ajustada en función del número de casos la respectiva patología por EPS, entre el total del valor de la Compensación Observada de la EPS (no ajustada), en el período de estudio. Para este fin se utilizará como ejemplo demostrativo, la fórmula de cálculo definida para el ajuste de la UPC para la ERC y las modificaciones que requiera para este fin. El encargo fiduciario del Fosyga aplicará en el proceso de compensación de cada EPS el Coeficiente definido anualmente por la CRES que reconoce el mayor o menor valor a descontar o reconocer en el proceso de compensación de cada EPS por la ocurrencia del mayor o menor número de casos de enfermedades de alto costo, al multiplicar la compensación calculada a partir de las UPC de los grupos de edad aprobadas por la CRES, por el Coeficiente. Para la aplicación del coeficiente se hará a partir de la compensación correspondiente a los dos (2) meses siguientes a la sanción de esta ley.

Parágrafo. La subcuenta de compensación del Fosyga deberá mantener un equilibrio anual (suma cero) entre los valores negativos y positivos que resulten de la aplicación de la fórmula establecida con los parámetros descritos. El techo anual de la compensación con el Coeficiente para cada EPS, no podrá superar o ser inferior al resultado de la diferencia de la compensación con el Coeficiente con relación a la Compensación Observada, obtenida en el período de estudio.

Artículo 18. Fondo de reaseguro del alto costo.

El Ministerio de la Protección Social y la CRES, definirán la creación del Sistema Único de Reaseguro y para ello, reservarán como contingencia, el 3% de la UPC en ambos regímenes para iniciar la estructuración del Fondo Único de Reaseguro, para superar de esta forma el riesgo de iliquidez y quiebra periódica y consecutiva de Empresas Promotoras de Salud por no tomar decisiones frente al comportamiento y la tendencia comprobadas del alto costo en el Sistema. Además, de hacer efectiva antes de 31 de diciembre de 2010, la distribución equitativa de la siniestralidad para las patologías denominadas de Alto Costo entre todas las EPS de acuerdo con la vinculación del usuario. Con los recursos destinados, el Ministerio de la Protección Social contratará una póliza de reaseguro universal de alto costo.

Parágrafo 1°. El Gobierno deberá reglamentar la materia, para evitar que las pólizas que se puedan constituir, no cubran efectivamente la siniestralidad específica por cada patología de manera diferencial. La figura del Fondo de Reaseguro Universal para las enfermedades de alto costo protege a las empresas del sector, tanto aseguradoras como prestadoras, al garantizar el pago, distribuir uniformemente el riesgo y evitar la selección adversa.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, deberá reglamentar en los 3 meses siguientes a la expedición de esta ley, la metodología tendiente a reglamentar las coberturas de la póliza de alto costo, los mínimos deducibles por tipo de patología y evitar que las pólizas de reaseguro que se puedan constituir, no cubran efectivamente la siniestralidad específica por cada patología de manera diferencial, afectando directamente la subcuenta ECAT del Fosyga.

Parágrafo 3°. El fondo de reaseguro del alto costo, será alimentado con recursos provenientes de los impuestos al tabaco y alcohol, así como de 0.5% de las regalías por el petróleo y 0.3% de las utilidades del sector minero diferente al petrolero.

Artículo 19. Redes de servicios de salud.

Las redes de servicios de salud son conjuntos ordenados de servicios, prestados por diferentes instituciones prestadoras de carácter público o privado, ubicadas en los territorios de salud, relacionadas según líneas de atención y niveles tecnológicos. Las redes de servicios son:

- Red de atención primaria integral en salud
- Red de servicios especializados ambulatorios
- Red de servicios de hospitalización
- Red de urgencias médicas

Las redes de servicios articularán los niveles tecnológicos en salud y tendrán incorporadas, según su estructura interna, las siguientes redes de apoyo: servicios farmacéuticos, apoyo diagnóstico, rehabilitación y vigilancia en salud.

Parágrafo 1°. La CRES reglamentará los estándares para la conformación de las redes, con base en la propuesta técnica apoyada en experiencias de otros países, elaborada por la Secretaría Técnica de la CRES y el aporte del Ministerio de la Protección Social.

Artículo 20. Contratación de las redes de servicios por parte de las Aseguradoras en Salud.

La contratación entre las Aseguradoras en Salud y las redes de servicios deberá tener en cuenta la contribución de los contratos al cumplimiento de las metas de calidad de vida y salud y de disminución de inequidades en salud definidas para el territorio, y deberá definir formas de pago a los prestadores para afianzar su compromiso con el logro de las metas, con la accesibilidad, la calidad, la oportunidad y la aceptabilidad de los servicios de salud por parte de las comunidades.

Parágrafo 1°. La CRES reglamentará las formas de contratación y el sistema tarifario, con base en propuestas técnicas elaboradas por la Secretaría Técnica de la CRES y el aporte del Ministerio de la Protección Social, que incluyan pago por ciclo vital, incentivos o sanciones resultado de la evaluación de las metas y resultados en salud esperadas por cada Aseguradora y por territorio, pago por grupos de diagnósticos relacionados, pago por eventos, entre otras.

Artículo 21. Sistema Integrado de Información en Salud.

El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) es el conjunto de mecanismos y procedimientos destinados a la gestión de la información del SGSSS, para garantizar las operaciones entre los agentes del sistema y dar cuenta de las necesidades sociales en salud, la respuesta institucional y social, y los resultados en salud y calidad de vida de la población colombiana.

Artículo 22. Características generales.

El SIIS tendrá por lo menos dos niveles:

1. Nivel operativo: garantizará la producción y el uso de la información con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los actores para el funcionamiento del SGSSS en todos sus procesos y territorios.

2. Nivel estratégico: dedicado a la transformación y el análisis de la información sobre situación de salud y calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de los entes rectores del sistema y de todos los agentes involucrados en él, para los fines pertinentes.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el Sistema Integrado de Información en Salud y de garantizar el compromiso de todos los actores del sistema con la calidad y la fluidez de la información para su buen funcionamiento.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social tendrá la responsabilidad de definir dentro de los reportes y resultados del SIIS, entre otros:

1. Generar información a partir de los reportes del sistema de vigilancia epidemiológica, la cual deberá ser analizada por el MPS y el INS.

2. Depurar las bases de datos del SGSSS, eliminando fallecidos, multifiliados, generando novedades y que serán las bases oficiales a manejar por los entes territoriales y el MPS.

3. Generar los reportes sistematizados para hacer seguimiento a los resultados en salud, con base en los indicadores definidos, base de toma de decisiones de la CRES.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, desarrollará en los 6 meses siguientes a la expedición de esta ley, el compendio de normas relacionadas con el SGSSS vigentes a la fecha y estarán actualizadas de manera periódica cada 3 meses y serán publicadas en la página web de la entidad.

Artículo 23. Ciencia y tecnología y recurso humano en salud.

Política de ciencia y tecnología en salud.

La CRES con el soporte del Ministerio de la Protección Social, formulará cada cuatro años, con revisiones anuales, la política de ciencia y tecnología en salud, en concordancia con el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud del cual hace parte el Ministro de la Protección Social. La política deberá definir las prioridades de inversión en investigación y desarrollo tecnológico en salud para el país, según las especificidades territoriales y de manera concertada con los actores del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, definido por la Ley 29 de 1990.

Artículo 24. Recursos para ciencia y tecnología en salud.

La CRES definirá el monto anual de recursos destinados al desarrollo científico y tecnológico en salud, provenientes de lo determinado por el Fosyga, los cuales serán administrados directamente por el Ministerio de la Protección Social, según las prioridades de la política de ciencia y tecnología en salud. Estos recursos serán complementarios a los establecidos en el artículo 42 de la Ley 643 de 2001.

Parágrafo 1°. La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, deberá convertirse en órgano asesor del Ministerio de la Protección Social en lo relacionado con la estructuración de Guías de Atención Integral.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, adoptará a más tardar en los 4 meses siguientes a su expedición, las recomendaciones, guías, informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Parágrafo 3°. El control de calidad de medicamentos y dispositivos médicos, estará fundamentado en estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad como exigencia de calidad para el registro del medicamento.

Parágrafo 4°. Los laboratorios de control de calidad tendrán la obligación de contar con recurso humano idóneo y suministros suficientes para ampliar la cobertura de productos y la rapidez de respuesta.

Artículo 25. Del Organismo Técnico Científico (OTC).

El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, junto con la CRES definirán la creación de un organismo de evaluación de tecnología local, así como su estructura y funciones, cuyo funcionamiento será financiado por el Fosyga, subcuenta de compensación.

Parágrafo 1°. El OTC, será responsable de la evaluación de nuevas tecnologías en salud previamente a actualizar el Plan de Beneficios del POS y estará adscrito a la CRES.

Artículo 26. Política de talento humano en salud.

La CRES formulará cada cuatro años, con revisiones anuales, la política de talento humano en salud, en concordancia con las políticas de educación superior

y de seguridad social en salud con el aporte del Ministerio de Educación. La política deberá orientar las prioridades de formación del talento humanos según las necesidades de calidad de vida y salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la APS con enfoque familiar y comunitario. Así mismo, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar la calidad y la dignificación del trabajo en salud, tanto profesional como no profesional.

Parágrafo 1°. Para entrenar y especializar a los profesionales de salud en el país, el Icetex otorgará créditos con tasas mínimas de interés a los mismos, bajo el compromiso de ubicarse en donde la demanda lo requiera, de manera que se incentiven para que se ubiquen en áreas donde no existen y se está generando una barrera de acceso a las especialidades médicas. El Icetex junto con el Ministerio de la Protección Social, definirán los mecanismos de amortización, compensación o condonación de los créditos de acuerdo con los criterios a que haya lugar

Parágrafo 2°. El Icetex junto con los Ministerios de Educación y Protección Social o quien haga sus veces, determinará el mapa de necesidades por especialidad médica y quirúrgica y con base en ella, y a partir de ello, el número de créditos a otorgar para los profesionales en salud a formar; este mapa será parte integrante del Plan Maestro en Salud (PMS) que debe desarrollar el Ministerio de la Protección Social en Salud en los próximos 6 meses a ser sancionada la presente ley.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, junto con el Ministerio de Educación desarrollarán un pénsum que será incluido en los programas de pregrado y posgrado en salud, enfocados en la enseñanza de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para las enfermedades priorizadas por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces con el objetivo de impactar la incidencia y prevalencia de enfermedades de alto costo para el SGSSS.

Artículo 27. Política Farmacéutica.

Para regular y ordenar, el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces mediante reglamentación sanitaria, definirá y ejecutará la política farmacéutica que determine las condiciones de acceso y utilización de medicamentos y dispositivos médicos que contenga asuntos de intercambiabilidad, disponibilidad, bioequivalencia y farmacovigilancia intensiva; además de la regulación para la expedición de registros sanitarios y sanciones del caso.

Artículo 28. Negociación Nacional de Precios de medicamentos y dispositivos médicos.

El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, definirá criterios para llevar a cabo cada 2 años, negociaciones centralizadas de precios de medicamentos y dispositivos médicos de alta frecuencia de uso POS y No POS, teniendo como parámetro la información reportada por los actores de la cadena a través del Sismed. Los precios obtenidos serán precios de referencia para el pago de recobros o contingencias.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará el pago de precios de insumos, medicamentos y dispositivos dentro de los 3 meses siguientes a la vigencia de esta ley, en términos de incluir la intermediación administrativa (correspondiente al 5% del valor del

medicamento o dispositivo médico) y el cubrimiento de los costos de atención farmacéutica (estimados en 15% del valor del medicamento o dispositivo médico). Para tal fin, la CRES con el apoyo del Ministerio de la Protección Social y de Industria y Comercio, contratarán el estudio que soporte la decisión de los valores determinados.

Artículo 29. Antitrámites en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación y de la autorización, registro, auditoría y pago de los servicios de salud. Para ello, dentro de los 3 meses siguientes a la sanción de esta ley, la Superintendencia Nacional de Salud reglamentará lo correspondiente para su aplicación.

Artículo 30. Defensor del Usuario.

Créase la figura del defensor del Usuario para cada aseguradora en salud, la cual contará con un defensor del usuario cuya función será la de ser vocero de los usuarios ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos, relativas a la prestación de los servicios. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante. Este defensor estará adscrito y coordinado desde la Defensoría del Pueblo y financiado por cada aseguradora.

Parágrafo 1°. La Superintendencia de Salud junto con la Defensoría del Pueblo, reglamentará elegibilidad, inhabilidades, perfil, estructura, atribuciones, competencias, recursos para su financiación y el apoyo necesario para resolver lo que trascienda la capacidad resolutoria de cada Defensor en forma individual o colectiva. Contarán con un plazo máximo de seis meses a partir de la sanción y publicación de la presente ley para dar cumplimiento a esta disposición.

Artículo 31. Vigencias y derogatorias.

La presente ley entra en vigencia en la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga las demás normas que se le sean contrarias.

Eduardo Carlos Merlano Morales.

Senador de la República.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), atraviesa momentos de dificultad en los componentes financieros y de calidad en la prestación de servicios, muy a pesar del incremento en la cobertura del aseguramiento.

Es evidente que el gasto en salud con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) ha venido incrementándose hasta llegar a los niveles actuales, en donde representa alrededor de 6 puntos, siendo uno de los más altos de la región latinoamericana, muy a pesar de lo cual se mantienen inequidades injustas y evitables.

Las barreras en el acceso (geográficas, administrativas, económicas e incluso culturales), obligan a definir un modelo de salud que atienda las necesidades en referencia a la carga de la enfermedad, el perfil epidemiológico y la misma transición de manera que se logre mejorar los indicadores referentes en términos de la condición de salud de la población del país.

Las dificultades de acceso por falta de oferta de especialidades y el ordenamiento con criterios de red en todas las zonas del país, genera inequidades que se reflejan en el variado comportamiento de salud/enfermedad de la población colombiana, así como la desactualización del Plan Obligatorio de Salud (POS), refleja la alta carga de demandas de servicios por la vía judicial como la tutela o administrativa, como los Comité Técnico Científicos (CTC), la ausencia de indicadores de desempeño en salud que determinan el bajo impacto de las acciones de Promoción y Prevención y la reaparición de enfermedades emergentes desde el punto de vista infeccioso o el crecimiento exponencial de las crónicas que tienen alto impacto sobre las finanzas y el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga); es decir, un sinnúmero de condiciones que determinan barreras en el acceso a los servicios pero por sobre todo muestra un estado de salud y bienestar que no es el deseado para Colombia.

Al margen de ello, se deben resaltar avances en términos del aumento de la cobertura hasta el 90% que hoy muestran el contributivo y subsidiado, las reformas insuficientes determinadas por órdenes constitucionales como la Sentencia T-760/2008 y la creación de una entidad que aún no desarrolla el potencial para el cual fue concebida (la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Por ello, se presenta un articulado que busca impactar los puntos que el SGSSS requiere para ser eficiente y garantizar una mejor calidad de vida a los ciudadanos en el país.

Problemas evidenciados:

En el aseguramiento.

Además de ampliar y lograr la universalidad en la cobertura, es evidente que aún existen barreras en el acceso a los servicios de salud en los dos regímenes, suponer que las aseguradoras asumirán la gestión del riesgo sin condiciones o indicadores que evalúen su desempeño con base en resultados en salud, muestra que no es simplemente cubrir el 100% de la población, siendo también importantes argumentos de calidad (acceso, oportunidad y tecnología), de manera que el porcentaje de intermediación que persiste (no hay claridad si es alto o bajo, por no disponer de estudios de sostenibilidad de la UPC por el gobierno) pudiera no correlacionarse con los resultados financieros del giro del negocio.

En la visión de salud pública.

El país vive una separación entre los servicios individuales de promoción y prevención (P y P), y las acciones colectivas, para dejar las primeras a cargo de las aseguradoras y las segundas a cargo de los entes territoriales. Esta separación presenta, por lo menos, dos problemas: de una parte, la pérdida de la integralidad en la atención, profundizado por el predominio de la atención curativa, de modo que se han visto alterados indicadores tan importantes como la vacunación, el control de cáncer de cuello uterino y las enfermedades transmisibles; así mismo, la ausencia de programas de Promoción, Prevención y Detección temprana que han favorecido el crecimiento desmedido de enfermedades crónicas como la Hipertensión y Diabetes que desembocan en atención en Unidades de Cuidados Intensivos o en terapia dialítica o el crecimiento del Cáncer, con el consiguiente incremento de la mortalidad y obviamente los costos para el sistema, que incluso pueden ser una amenaza para su sostenibilidad.

Sobre la prestación de servicios.

Ante la inexistencia de un modelo de atención unificado en el país, el hecho de hablar de redes de prestadores no permite la integración operativa de los prestadores e incluso los aseguradores a lo largo del proceso de atención, de hecho, incluso la gestión territorial de rectoría de los entes no es suficiente para armonizar las redes existentes (pública y privada). No obstante, el Modelo a implementar que debe proponerse debe definir las posibilidades de accesibilidad, calidad y oportunidad de la atención con criterios de red para lograr un óptimo uso de los recursos.

Inspección, vigilancia y control (I, V y C) débil.

Enunciar simplemente el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud y a la desconcentración de sus funciones de inspección, vigilancia y control en los entes territoriales, no es un aspecto que garantice el mejoramiento de la infraestructura que realmente necesite el país para el proceso de I, V y C, es más, alguna vez se ha propuesto la desconcentración que no necesariamente conduce a la descentralización y por el contrario, profundiza el debilitamiento de la rectoría por parte de los entes territoriales, hoy limitados a la observación de los problemas del régimen contributivo sin posibilidad alguna de intervenir.

Participación social como veeduría.

Hacer efectiva la exigibilidad por el Derecho a la salud, bajo una perspectiva clara de la participación social en el sistema, es una necesidad sentida del SGSSS. No obstante, más que consumidores de servicios, se trata de ciudadanos, sujetos de derechos y con capacidad de transformación y decisión. La relación entre el ciudadano y el Estado en el territorio se limita a una reclamación individual relacionada con el servicio curativo.

Sistema Integral de Información en Salud (SIIS).

Otro aspecto relevante, por lo estructurante en términos de organización e identificación de obligaciones y que debe incluirse es el Sistema Integrado de Información en salud, que debe obligar, legal y normativamente, a generar un flujo de la información que sea la base de decisión de todos los actores y de todos los puntos, aspecto es la base estructural para la toma de decisiones a partir de información confiable.

Eduardo Carlos Merlano Morales,
Senador de la República.

Bogotá D. C., agosto 18 del 2010

Doctor:

EMILIO OTERO DAJUD

Secretario General

Senado de la República

La Ciudad.

Referencia: Presentación Proyecto de ley “por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

Por medio de la presente y conforme a las competencias asignadas en el artículo 154 de la Constitución Política de Colombia y al artículo 140 de la Ley 5ª de 1992 por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes, me

permito radicar para su respectivo trámite el presente proyecto de ley “por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, para su respectivo trámite en original, tres (3) copias y en medio magnético.

Del señor Secretario General del Senado de la República,

Eduardo Carlos Merlano Morales,

Senador de la República.

SENADO DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL

Tramitación Leyes

Bogotá D. C., 18 de agosto de 2010

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, me permito pasar a su Despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley, es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., 18 de agosto de 2010

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Armando Benedetti Villaneda.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 030 DE 2009 SENADO

por medio de la cual se crea el Fondo Nacional para la Educación Superior, Preescolar y Básica de las personas con discapacidad y la equiparación de oportunidades y se dictan otras disposiciones.

10000

Bogotá D. C., 13 de agosto de 2010

Doctor

EMILIO OTERO DAJUD

Secretario General

Honorable Senado de la República

Ciudad

Asunto: Proyecto de ley número 030 de 2009 Senado, *por medio de la cual se crea el Fondo Nacional para la Educación Superior, Preescolar y Básica de las personas con discapacidad y la equiparación de oportunidades y se dictan otras disposiciones.*

Respetado doctor:

Cursa en esa Corporación la iniciativa parlamentaria de la referencia, la cual está pendiente de rendir ponencia para debate en plenaria, por lo que se considera oportuno dar a conocer el concepto institucional en relación con su contenido desde la perspectiva del Sector de la Protección Social, tomando como documento base el texto aprobado en primer debate, por la Comisión Sexta del Senado en la sesión del 8 de junio de 2010.

Analizado el contenido del proyecto de ley, su marco legal y su correspondiente exposición de motivos, cuyo objeto es proteger y apoyar a las personas con discapacidad creando un Fondo sin personería jurídica para cubrir un alto porcentaje de sus matrículas en los diferentes establecimientos de educación primaria, media y superior, se puede determinar que en principio el proyecto tiene armonía con las disposiciones constitucionales frente a las personas con discapacidad, las cuales en virtud del reconocimiento y respeto de la dignidad humana han tenido constitucionalmente una protección especial, a través de la promoción de condiciones de igualdad real y efectiva y del desarrollo de políticas específicas en materia educativa y laboral que permitan su rehabilitación e integración social.

Sin perjuicio de lo anterior, se observa igualmente que el proyecto de ley presenta inconvenientes de carácter constitucional, pues vulnera el principio de unidad de materia contenido en los artículos 158 y 169 de la Constitución Política, los cuales establecen que todo proyecto de ley debe referirse a una misma materia y que el título debe corresponder precisamente a las normas que le dan desarrollo.

Lo anterior teniendo en cuenta que, si bien, el contenido de los artículos 1°, 2°, 3°, 5° y 6° guardan una relación objetiva y razonable con el tema general del proyecto y con su título, no sucede lo mismo con el artículo 4°, que se refiere a las consecuencias del incumplimiento de las disposiciones sobre discapacidad en general, determinado que su desconocimiento será calificado como falta gravísima de acuerdo al Código Único Disciplinario, lo que no guarda coherencia y unidad con el título y el tema del proyecto de ley, referido como se anotó a la creación de un Fondo para cubrir parte de las matrículas de las personas con discapacidad en los diferentes establecimientos de educación primaria, media y superior.

Frente al principio de unidad de materia, la Corte Constitucional en Sentencia C -017 de 1998 manifestó:

“(…)3.1 El principio de unidad de materia los artículos 158 y 169 de la Constitución integran el denominado principio de unidad de materia, de acuerdo con el cual **un artículo de una ley vulnera la Constitución cuando su contenido no guarda ninguna conexidad con el título de la ley a la que pertenece o no tiene con las demás disposiciones que la conforman una relación temática, sistemática o teleológica.**

(…)”

La unidad o conexidad impuesta por el principio de unidad de materia que vincula internamente los artículos de la ley y que se desprende del título de la regulación, de acuerdo a la jurisprudencia de la Corte Constitucional, puede ser de diversa índole. Se ha reconocido entonces que la unidad de materia puede darse por razón de una conexidad temática entre los artículos que conforman la ley, de una conexidad causal o teleológica de las normas o de una conexidad sistemática, que tiene lugar cuando, por motivos de método o técnica legislativa, se aconseja traer a determinada ley, cierta regulación. Así las cosas, el principio de unidad de materia, que debe ser entendido en un sentido amplio, propugna por la cohesión interna de las leyes y la sistematización y organización del procedimiento legislativo, de acuerdo a la unidad conceptual que deben guardar los diferentes artículos que conforman una ley.

Por ello, se considerarán contrarios a dicho principio aquellos preceptos, segmentos o proposiciones de la ley que no tengan una conexidad siquiera “causal, teleológica, temática o sistemática” con la materia principal de la ley, es decir con su núcleo temático, el cual se desprende del título de la misma.

Así mismo, el Proyecto de ley presenta inconvenientes en cuanto al acatamiento del artículo 154 de la Constitución Política que tiene que ver con la iniciativa de la propuesta y establece que sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno, entre otras, las leyes que determinen la estructura de la administración nacional. Lo anterior teniendo en cuenta que el artículo 5° del proyecto de ley bajo análisis establece que este Ministerio deberá elaborar el Registro Único de Personas con Discapacidad, tema que no debería serle asignado porque no tiene relación con las funciones inherentes a esta Cartera Ministerial. Frente al asunto la Corte Constitucional en Sentencia C-889 de 2009 manifestó:

“*La Corte ha declarado la inexequibidad de disposiciones en virtud de las cuales el Congreso, sin contar con la iniciativa del Gobierno o su aval en el trámite legislativo, (i) ha creado entidades del orden nacional (ii) ha modificado la naturaleza de una entidad previamente creada; (iii) ha atribuido a un ministerio nuevas funciones públicas ajenas al ámbito normal de sus funciones; (iv) ha trasladado una entidad del sector central al descentralizado o viceversa; (v) ha dotado de autonomía a una entidad vinculada o adscrita a algún ministerio o ha modificado su adscripción o vinculación; o (vi) ha ordenado la desaparición de una entidad de la administración central para la Corte, tales disposiciones modifican la estructura de la administración central y su constitucionalidad depende de que haya habido la iniciativa o el aval gubernamental*”.

De otro lado, a pesar de que el artículo 4° determina el patrimonio del Fondo Nacional para la Educación Superior, Preescolar y Básica de las Personas con Discapacidad, el Proyecto de ley adolece del estudio de impacto fiscal de que trata la Ley 819 de 2003, en donde se indica que es preciso que dichos proyectos contengan el análisis de impacto fiscal y su compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo. Así se lee del artículo 7° de dicha norma que establece:

“**Artículo 7°. Análisis del impacto fiscal de las normas.** En todo momento, el impacto fiscal de cualquier

proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

*El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contra del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la **Gaceta del Congreso**.*

Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces.

Sobre esta disposición orgánica la Corte Constitucional, si bien ha atenuado el efecto de este olvido, sí insiste en la racionalidad en el proceso legislativo y en la necesidad de que exista una coherencia entre ingresos y gastos, reiterando que la actividad legislativa se debe llevar a cabo conociendo las implicaciones fiscales de las iniciativas aprobadas, su viabilidad financiera y su congruencia con la política y los planes económicos adoptados por las autoridades.

Sin perjuicio de lo anterior, con respecto al articulado es necesario realizar las siguientes observaciones:

Artículo 2°

El artículo 2° permite que el Fondo cubra los costos de las ayudas metodológicas, técnicas y de personal de apoyo que necesite la persona con discapacidad durante el tiempo que dure la carrera en la institución pública o privada, no obstante dicha ayudas cobijan únicamente a la población sorda, sin que se haga referencia a ninguna otra discapacidad.

Artículo 3°

Este artículo autoriza al Icetex a celebrar convenios con instituciones privadas hasta por el 80% de la matrícula de los niños y niñas en condición de discapacidad con cargo a los recursos del Fondo que se pretende crear, a fin de que tengan acceso a la educación preescolar y primaria, lo cual puede llegar a desvirtuar la oferta pública en educación en los niveles preescolar y básica que en principio es gratuito.

Artículo 7°

Además de las observaciones planteadas anteriormente frente a la iniciativa del proyecto de ley cabe resaltar que la función de crear el Registro Único de Personas con Discapacidad debería estar atribuida al Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), quien viene adelantando el registro de identificación y localización de las personas con discapacidad.

En estos términos se dejan consignadas las observaciones de este Ministerio, manifestando que existen aspectos de constitucionalidad y conveniencia que afectan la iniciativa.

Cordialmente,

Mauricio Santamaría Salamanca,

Ministro de la Protección Social.

C.C. honorable Senador Carlos Cárdenas Ortiz

CONTENIDO

Gaceta número 522 - Miércoles, 18 de agosto de 2010	
SENADO DE LA REPÚBLICA	
PROYECTOS DE LEY	
Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.....	1
CONCEPTOS JURÍDICOS	
Concepto Jurídico del Ministerio de la Protección Social al Proyecto de ley número 030 de 2009 Senado, por medio de la cual se crea el Fondo Nacional para la Educación Superior, Preescolar y Básica de las personas con discapacidad y la equiparación de oportunidades y se dictan otras disposiciones.....	10