

PROYECTO DE LEY N° 233

“Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud”

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. Objeto. La presente ley crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud como un medio para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en su componente de acceso universal a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad, de carácter promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación, en el marco de un modelo de atención integral, intersectorial y oportuna de los daños, enfermedades endémicas, epidémicas, raras, huérfanas, ultra huérfanas, laborales, accidentes laborales y de tránsito, y otros problemas de salud.

Para tal efecto, se establecen los componentes básicos de organización del sistema, financiamiento, administración de los recursos públicos, prestación de los servicios de atención integral en salud, modelo de atención, sistema integrado de información en salud, inspección, vigilancia y control, participación social y criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias de ciencia, tecnología e innovación en salud, medicamentos y tecnologías en salud, de formación y de talento humano en salud.

Artículo 2°. Principios. Son principios del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud los siguientes:

Universalidad. Es la garantía de la cobertura, la atención integral y la protección financiera en salud a toda la población habitante del país durante todas las etapas de su vida, por su condición de ciudadano, ciudadana, habitante o residente reconocido por el Estado colombiano.

Obligatoriedad. Los aportes a la seguridad social en salud y riesgos laborales son obligatorios para todos los trabajadores y empleadores con relación salarial formal, a excepción de lo establecido en la presente ley y conexas.

Parafiscalidad. Los recursos aportados por los trabajadores y empleadores para la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito son de carácter parafiscal y por lo tanto tienen naturaleza pública y destinación específica. No podrán ser utilizados para fines diferentes a su destinación.

Solidaridad. Es la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades para garantizar el acceso universal y equitativo a los establecimientos, bienes y servicios de salud que se requieren según las necesidades en salud.

Equidad. Es la combinación del esfuerzo individual y colectivo según la capacidad, con la respuesta social e institucional según la necesidad, para la superación de las desigualdades injustas y evitables en salud.

Disponibilidad. Es la oferta suficiente y adecuada de establecimientos, programas y personal calificado de salud, entre otros recursos, según las necesidades individuales y colectivas de las poblaciones.

Accesibilidad. Es la garantía por parte del Estado del acceso real y efectivo a los bienes, servicios y condiciones necesarios para garantizar el derecho a la atención integral en salud, sin barreras físicas, geográficas, culturales, administrativas, de información, económicas o financieras.

Aceptabilidad. Es la adecuación de los establecimientos, bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad a las especificidades derivadas de las culturas, la edad, el género, la opción sexual o la condición de discapacidad de las personas, desde un enfoque intercultural y de reconocimiento de las diferencias.

Calidad. Es el conjunto de características de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen a la vida sana y a la atención integral suficiente, oportuna, segura y pertinente de las enfermedades, valoradas como las mejores en cada momento y contexto, según el conocimiento socialmente disponible.

Gratuidad: es el acceso a los bienes y servicios de salud sin que medie la demostración de la capacidad de pago, ni barrera económica alguna, ni el pago directo al momento de requerir el servicio por parte de las personas o las familias.

Integralidad. Aplicada a la atención en salud, es la articulación entre los establecimientos, bienes y servicios, individuales y colectivos, que se requieren para promover el buen vivir y el mantenimiento de la salud, prevenir y curar las enfermedades de cualquier origen, rehabilitar a las personas en situación de discapacidad y realizar el cuidado paliativo que se requiera, afectando los determinantes sociales de la salud para alcanzar el máximo nivel de bienestar de la población.

Continuidad. Se refiere a la adecuada articulación de bienes y servicios de salud que exige el ciclo de atención integral de las personas y comunidades para recuperar la salud, según el conocimiento disponible.

Vínculo. Es la relación entre el personal de los servicios de salud y las personas, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios, de manera individual y colectiva, a lo largo del ciclo vital y en el largo plazo, con el fin de lograr un amplio conocimiento de las necesidades y construir confianza mutua para el cuidado permanente en todas las etapas de la vida.

Eficacia. Es el logro de los mejores resultados en salud en la población por parte del sistema de servicios de salud en su conjunto y de los establecimientos y profesionales de la salud con cada paciente, con el conocimiento disponible.

Eficiencia. Es el mejor uso de los recursos disponibles para obtener la mejor calidad y la mayor eficacia en salud con el conocimiento disponible, tanto en el ámbito individual como poblacional.

Sostenibilidad. Es la permanencia en el tiempo de la mayor eficacia del sistema a partir de la adecuada disposición de los recursos necesarios por parte del Estado, con el reconocimiento social y la legitimidad política requeridos para obtener el esfuerzo de la sociedad en su conjunto.

Intersectorialidad. Es la articulación deliberada y sistemática entre los sectores del Estado para la afectación de los determinantes sociales de la salud y para la búsqueda de las mejores condiciones posibles de vida en diferentes grupos, comunidades y poblaciones.

Participación vinculante. Es la intervención real y efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión, en la vigilancia y el control de los establecimientos de salud y de las instancias de formulación, implantación y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud de la población.

Libertad de escogencia. Es la posibilidad otorgada al ciudadano o ciudadana de optar por un profesional, un establecimiento, bien o servicio de salud que se requiera con necesidad, de la manera más informada posible sobre las alternativas disponibles y cuando sus condiciones físicas y mentales así lo permitan.

Interculturalidad. Es el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en salud, para buscar el diálogo de saberes e integrar las prácticas, conocimientos, usos y costumbres ancestrales, tradicionales, alternativos y científico-técnicos, con el fin de responder a las necesidades diferenciales de las personas y las comunidades.

Enfoque diferencial. Es el conjunto de acciones de discriminación positiva que permite reconocer las diferencias y superar las exclusiones o desigualdades injustas en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud, según género, etnia, generación y situación de discapacidad.

Transparencia. Es la probidad, visibilidad y claridad de las actuaciones y en el manejo de los recursos públicos por parte de los actores que participan en la garantía del derecho a la atención integral en salud.

Pro homine. Es la prevalencia que se le da al bienestar y a la dignidad de los seres humanos por sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad.

Artículo 3°. Definiciones. El Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos:

Salud. Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida, en las condiciones materiales y sociales más favorables. Los bienes y servicios de atención integral aportan a la salud de las personas, en la medida en que contribuyen a preservar, recuperar o mejorar esa capacidad, propiciando el ejercicio de su autonomía y el logro del mejor nivel de salud y calidad de vida posible. La salud es un derecho humano fundamental autónomo, con una dimensión de servicio público esencial, y su garantía es deber del Estado y responsabilidad social.

Salud pública. Es el conjunto de conocimientos, decisiones y acciones individuales y colectivas, expresadas en políticas públicas, tendientes a favorecer la salud de la población y a asumir el deber estatal y la responsabilidad pública por la salud. La salud pública orienta el sistema de salud y propicia la articulación de la acción estatal y social por la salud y la calidad de vida de la población.

Seguridad social. Es un derecho humano fundamental e irrenunciable de toda persona y una forma de relación entre el Estado, la organización económica y los ciudadanos, que engloba los mecanismos de protección social y que permite la confluencia de esfuerzos económicos de las personas para lograr la solidaridad entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos.

Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto de medios institucionales, financieros y administrativos disponibles en la sociedad colombiana para garantizar el derecho a la salud de toda la población, en especial, el derecho de acceso a los servicios de salud que se requieren con necesidad, ordenados por los conceptos de salud pública y seguridad social, en articulación con el Sistema de Riesgos Laborales establecido en la Ley 1562 de 2011.

Modelo de atención. Es el conjunto de bienes y servicios articulados según territorios de salud, necesidades poblacionales y responsabilidades institucionales y sociales, que materializan el derecho a la atención integral en salud, en lo referente al mantenimiento de la salud, la prevención, la atención y la rehabilitación de las enfermedades generales, de los accidentes de trabajo y las enfermedades relacionados con el trabajo y de los accidentes de tránsito, tanto en el ámbito individual como colectivo.

Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal, junto con la participación de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención y la afectación de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, en sus territorios sociales. La APIS es la puerta de entrada al sistema de servicios de salud e implica una alta capacidad resolutoria de servicios

interdisciplinarios con enfoque familiar, comunitario, laboral y territorial, que logra prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población bajo su responsabilidad. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Es una forma de organización de establecimientos de prestación de servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público o privado, que se articulan para garantizar la atención integral de las personas y comunidades adscritas por territorios, orientadas hacia la garantía del derecho de a la salud, en el marco de los principios orientadores del sistema de salud y dispuestos a rendir cuentas al Estado y a la sociedad.

CAPÍTULO II ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA ÚNICO DESCENTRALIZADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Artículo 4°. Características generales. El Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud es un sistema de seguro nacional de salud, de carácter universal, solidario, de financiación pública, por cotización y por impuestos, de administración estatal descentralizada y prestación mixta, público-privada, orientado por una visión de salud pública hacia el logro de metas de salud y calidad de vida de la población y de disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.

Parágrafo. Los regímenes especiales en salud existentes, excepto el de las fuerzas armadas, harán parte del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud una vez surtido el periodo de transición establecido en la presente ley, previa consulta con las entidades y beneficiarios de dichos regímenes cuya metodología será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 5°. De la rectoría del sistema. La rectoría del sistema consiste en el conjunto de políticas públicas que orientan a las instituciones y actores del sistema hacia la garantía y el goce efectivo del derecho a la salud. El Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud tendrá instancias de rectoría en los ámbitos nacional y territorial. En el ámbito nacional, la rectoría será ejercida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En el ámbito territorial, la rectoría será ejercida por el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Habrá tantos consejos territoriales como territorios de salud, según los criterios definidos en la presente ley.

Artículo 6°. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es la instancia rectora del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con las siguientes características:

Composición. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará conformado por 32 miembros de la siguiente manera:

Cinco (5) representantes del gobierno nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el Ministro de Hacienda o su delegado; el Mnistro de Trabajo o su delegado; el Director de Planeación Nacional o su delegado; el Director del Fondo Único Público para la Salud.

Dos (2) representantes de las administradoras de fondos territoriales de seguridad social en salud.

Dos (2) representantes del sector empresarial, uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.

Dos (2) representantes de las centrales obreras.

Siete (7) representantes de las organizaciones de usuarios, uno por cada región socio-cultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia)

Dos (2) representantes de comunidades étnicas, de los cuales, uno (1) de los pueblos indígenas y uno (1) de comunidades afrocolombianas.

Una (1) representante de las organizaciones de mujeres.

Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad.

Un (1) representante de las organizaciones campesinas.

Dos (2) representantes de las asociaciones de prestadores de servicios de salud, uno estatal y uno privado.

Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina.

Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana.

Un (1) representante de otras asociaciones médicas gremiales.

Dos (2) representantes de las organizaciones de los trabajadores de la salud, uno profesional no médico y otro no profesional.

Un (1) representante de los pensionados.

Un (1) representante de las facultades del área de la Salud.

Elección de los miembros no gubernamentales. Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por las organizaciones correspondientes, mediante procesos democráticos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia e imparcialidad.

Invitados. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará en libertad de invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere convenientes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión.

Período. Los representantes del gobierno nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años prorrogables por un período.

Secretaría técnica. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo técnico, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, con presupuesto propio, a partir de convocatoria pública de méritos, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Presupuesto de funcionamiento: el Ministerio de Salud y Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento aprobado por el mismo Consejo.

Artículo 7°. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

Adoptar la política pública nacional de seguridad social en salud, con visión de salud pública, con base en la propuesta gubernamental presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, orientada a promover la calidad de vida y salud de la población, en los aspectos específicos del sistema de atención integral en salud y en los aspectos que competan a otros sectores de la administración estatal y que incidan directamente en la salud (agua, saneamiento, alimentación, vivienda, educación, ambiente, entre otros), con el criterio de salud en todas las políticas en los territorios de salud y en el ámbito nacional.

Establecer las reglas específicas de funcionamiento del Sistema, en especial en los aspectos señalados de su competencia en la presente Ley, para la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Establecer las reglas específicas sobre la estructura y el funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud y de los fondos territoriales de seguridad social en salud y supervisar su aplicación.

Definir las reglas generales de presupuesto, contratación y pago de los fondos territoriales a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.

Velar por el buen funcionamiento del Sistema y por el buen uso de los recursos disponibles.

Presentar informe anual ante las comisiones séptimas de Senado y Cámara de Representantes.

Adoptar su propio reglamento.

Artículo 8°. Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Los consejos territoriales tendrán una composición similar a la del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio de salud correspondiente, y cumplirán funciones similares en el territorio de su competencia, siempre en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de seguridad social en salud. El gobierno nacional reglamentará esta materia.

Parágrafo. Los consejos territoriales de seguridad social en salud ejercerán funciones de adecuación de la política emanada del Consejo Nacional a través de mecanismos de coordinación, seguimiento y veeduría del buen funcionamiento y uso de los recursos disponibles en el territorio para la seguridad social en salud.

Artículo 9°. De la dirección del sistema. La dirección del sistema consiste en la gestión y puesta en marcha de las políticas públicas definidas en la instancia rectora por parte del poder ejecutivo en el ámbito nacional, departamental, distrital y municipal. En el nivel nacional, la dirección será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las unidades territoriales de salud, encargadas de la administración de fondos territoriales de seguridad social en salud que se establezcan, a partir de las secretarías o direcciones departamentales y distritales, y ejercerán la función de autoridad sanitaria en el territorio de salud correspondiente.

Artículo 10°. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

Presentar ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la política pública nacional de seguridad social en salud para su aprobación.

Dirigir la ejecución, seguimiento y evaluación de la política pública de seguridad social en salud a través de un Plan Nacional de Salud en todo el territorio nacional, en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial.

Expedir las normas de obligatorio cumplimiento para la ejecución de la política de seguridad social en salud por parte de los agentes del sistema.

Presentar iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud a la aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Coordinar la elaboración de los informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ante el Congreso Nacional.

Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Diseñar y poner en marcha el Sistema Integrado de Información en Salud.

Artículo 11°. Instituciones adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social. Para cumplir las funciones relacionadas con la misión y el buen funcionamiento del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, el Ministerio contará con las siguientes instituciones adscritas:

Instituto Nacional de Salud (INS). La misión de este instituto será garantizar la calidad de la información en salud de la población en el territorio nacional, realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de salud de la población en general y de los trabajadores en particular, y las respuestas institucional y social desarrolladas en el país, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema.

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). La misión de este instituto será garantizar la pertinencia, la calidad e inocuidad de los medicamentos y alimentos que se ofrezcan en el país, con base en el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control de los procesos de importación, producción, distribución y consumo, y en la realización de los estudios pertinentes para la formulación, implementación y evaluación de la política pública de medicamentos y alimentos formulada por las instancias rectora y de dirección del Sistema.

Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS). La misión de este instituto será la de realizar los estudios necesarios para garantizar la pertinencia, la calidad y la inocuidad de las tecnologías duras y blandas utilizadas en el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud y hacer las recomendaciones del caso a las instancias correspondientes del Estado colombiano para esta materia.

Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSST). La misión de este instituto es actuar como centro de referencia nacional en temas de investigación, ciencia y tecnología en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo, y orientar las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de los eventos de salud de origen laboral.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). La misión de este instituto es la de contribuir al logro de las mejores condiciones de vida posibles para las familias colombianas, respetando su diversidad y su autonomía, por medio de la disposición de bienes y servicios complementarios y articulados a los sistemas encargados de la garantía de los derechos sociales, económicos y culturales para la población colombiana, incluido el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.

Instituto Nacional de Cancerología (ICN). La misión de este instituto es, además de la prestación de servicios en materia de atención integral del cáncer que viene desarrollando, actuar como centro de referencia nacional y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de la enfermedad, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control del cáncer, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema.

Centro Dermatológico Nacional Federico Lleras Acosta. La misión de este centro prestar servicios especializados de dermatología, servir de referente nacional para la atención de los pacientes dermatológicos y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de las enfermedades de la piel, las respuestas institucionales,

de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de este tipo de enfermedades, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema.

Sanatorios de Agua de Dios y de Contratación. Estos sanatorios tienen como misión la atención integral de los pacientes de la enfermedad de Hansen, en el marco de la política de control, prevención y atención integral de esta enfermedad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. El gobierno nacional reglamentará la creación o adecuación de las instituciones adscritas, según los criterios establecidos en el presente artículo, respetando su autonomía administrativa y asignando los recursos suficientes para cumplir las funciones asignadas.

Artículo 12° De los territorios de salud. La garantía del derecho fundamental a la salud se materializará a través de territorios en salud. Los territorios de salud son unidades de organización administrativa, que operarán en zonas geográficas, socioeconómica y sociodemográficamente delimitadas para la solución y atención integral de las necesidades en salud de la población con criterio de equidad social.

Los territorios en salud serán gestionados por las unidades territoriales de salud definidas en el artículo 26 de la presente ley. Estas entidades deben garantizar la coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho a la salud de las poblaciones.

Los territorios de salud podrán incluir micro territorios o subdivisiones internas de carácter local, para responder de manera efectiva a necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según necesidades y propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.

Parágrafo. El Gobierno nacional reglamentará, con participación vinculante de los interesados, el proceso de conformación de los territorios de salud y de creación de las unidades territoriales de salud, con el aval del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 13°. De las instancias operativas. Las instancias operativas del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente ley.

CAPÍTULO III FINANCIAMIENTO

Artículo 14°. Características generales. El financiamiento del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de generar solidaridad plena entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos. De esta forma, todas las personas y las empresas, según su situación social y condiciones de ingresos, aportan a la financiación del sistema mediante contribuciones ligadas al salario, a los

ingresos o a la renta, impuestos que se destinan a salud en los presupuestos de orden nacional, departamental, distrital o municipal, y otros ingresos y pagos expresamente establecidos por norma general.

Artículo 15°. Fondo Único Público para la Salud. Créase el Fondo Único Público para la Salud como persona jurídica de carácter público, con presupuesto, dirección y personal propios, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la supervisión del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual fungirá como junta directiva, y la inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, con los siguientes objetivos misionales:

Propiciar la solidaridad plena entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos, para lograr universalidad y equidad en el acceso oportuno a servicios de igual calidad para toda la población.

Favorecer, mediante la asociación de los recursos, la reducción de las inequidades prevalentes en materia de salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito.

Propiciar la asignación, transferencia y gasto equitativo de los recursos por territorios de salud, y a partir de éstos, por microterritorios y otras subdivisiones territoriales.

Integrar los recursos públicos disponibles para garantizar la seguridad social en salud.

Conformar una Central Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente ley.

Generar fluidez en el flujo de recursos de la Nación hacia los territorios de salud para la provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos que se requieren con necesidad.

Garantizar efectividad en el uso de los recursos destinados a la salud.

Parágrafo 1. El Fondo Único Público para la Salud no hará parte del presupuesto de la Nación, pero sí de la contabilidad del gasto público, respetando el criterio definido en el Artículo 350 de la Constitución Política de no disminuir su proporción porcentual con relación al año anterior respecto del gasto total de la correspondiente ley de apropiaciones, y responderá a los organismos de control. El gobierno nacional reglamentará el esquema de inversiones de los recursos del Fondo, bajo los criterios de transparencia, disponibilidad y seguridad, sin priorizar los títulos valor de largo plazo.

Parágrafo 2. El funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud será presupuestado y financiado con un porcentaje de los recursos fiscales y parafiscales recaudados para la prestación de servicios de salud que no excederá de cero punto tres por ciento (0.3%), el cual será definido anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 16°. Fuentes de financiación del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud será constituido con las siguientes fuentes de recursos:

Recursos fiscales del orden nacional:

Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) definidos como participaciones para salud, agua potable y saneamiento básico, según lo establecido en las leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007, asignados mediante cuentas específicas a los entes territoriales.

Los recursos de una partida anual del presupuesto nacional equivalente a la sumatoria del monto total de las cotizaciones aportadas por patronos y trabajadores dependientes

provenientes de la cotización para la seguridad social en salud recaudadas en el año inmediatamente anterior.

La proporción del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) con destinación específica para la seguridad social en salud, establecido en el artículo 24 de la Ley 1607 de 2012.

Los recursos provenientes del 7% de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos.

Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del 30%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado.

Recursos parafiscales del orden nacional:

Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 12,5% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por más de diez (10) salarios mínimos mensuales, en proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador.

Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 4% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por menos de diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes.

Los recursos provenientes de la cotización para seguridad social en salud correspondiente al 4% de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes superiores a un (1) salario mínimo mensual vigente.

Los recursos provenientes de la cotización para seguridad social en salud correspondiente al 4% de las pensiones de los pensionados mayores a diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes.

Los recursos provenientes de la cotización obligatoria para riesgos laborales de los empresarios y trabajadores, establecidos en la Ley 1562 de 2011.

El dos por ciento (2%) del aporte a las cajas de compensación familiar.

Los recursos que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) aporta al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) para el cubrimiento de la atención por accidentes de tránsito, en la proporción establecida en la normatividad correspondiente.

Los rendimientos financieros.

Artículo 17°. Sobre el carácter obligatorio de las cotizaciones para la salud. La cotización a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito es de carácter obligatorio, para todo los efectos son dineros públicos y serán entendidos como de carácter parafiscal. Todo contrato laboral incluirá los costos correspondientes a esta cotización, incluyendo los trabajadores que aportan a los regímenes especiales de seguridad social en salud. Los trabajadores independientes deberán presentar su autoliquidación de ingresos para hacer la cotización correspondiente ante la Central Única de Recaudo, como parte del Fondo Único Público para la Salud. La cotización para enfermedad general será en las siguientes proporciones:

12,5% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes con salarios de más de diez (10) salarios mínimos mensuales, en proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador.

4% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por menos de diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes.

4% de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes superiores a un (1) salario mínimo mensual.

4% de los ingresos de pensionados con pensiones de más de diez (10) salarios mínimos mensuales.

Parágrafo 1. No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del sistema tales como copagos o cuotas moderadoras, ni preexistencias ni períodos mínimos de cotización.

Parágrafo 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dispondrá los mecanismos de estímulo, inspección, vigilancia y control de la cotización a la seguridad social en salud y riesgos laborales, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. El Gobierno nacional pagará la deuda por concepto del parypassu definido en el artículo 214 de la ley 100 de 1993, antes de finalizar el año 2016.

Artículo 18°. Central Única de Recaudo para la Seguridad Social en Salud (CUR). Créase la Central Única de Recaudo para la Seguridad Social en Salud (CUR), como parte integrante del Fondo Único Público para la salud. Su función será recaudar todos los aportes de cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito en todo el país, para incorporar los recursos al Fondo Único Público para la Salud. Esta central contará con un mecanismo de recaudo de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en el documento de identificación establecido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Artículo 19°. Estructura del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud contará con ocho (8) cuentas, según la destinación de los recursos, denominadas así:

Atención Primaria Integral en Salud (APIS): destinada a la cofinanciación de la Atención Primaria Integral en Salud.

Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE): destinada a la cofinanciación de los servicios de mediana y alta complejidad tecnológica.

Servicios Especializados de Salud Ocupacional (SESO): destinada a la cofinanciación de los servicios especializados de salud ocupacional.

Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): destinada al diseño y desarrollo de los programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública, a la producción de biológicos para inmunizaciones, a la vigilancia y control de medicamentos y alimentos y a la evaluación de tecnología e innovación en salud.

Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Laborales (PRES): destinada al pago de las prestaciones económicas derivadas de la situación de maternidad e incapacidad o invalidez por enfermedad general, accidentes y enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.

Infraestructura y equipamiento en salud (IES): destinada a la construcción, adecuación o renovación de la infraestructura pública de servicios de salud en todo el territorio nacional.

Formación en salud (FS): destinada al estímulo de formación de personal en salud en áreas prioritarias según las necesidades de salud de la población.

Funcionamiento del Fondo (FF): destinada a cubrir los gastos de funcionamiento del Fondo.

Artículo 20°. Distribución de los recursos en las subcuentas del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud hará la distribución de los recursos disponibles a cada una de las subcuentas que lo constituyen con base en el criterio de buscar la universalidad de la atención integral en salud, considerando las necesidades y especificidades detectadas en los territorios de salud. Tomando como punto de partida el gasto en salud por niveles de atención y en acciones colectivas, en el período de transición de dos primeros años de vigencia de la presente ley el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud distribuirá los recursos con las siguientes proporciones:

Cuenta Atención Primaria Integral en Salud (APIS): 45%
Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE): 30%
Cuenta Servicios Especializados de Salud Ocupacional (SESO): 8%
Cuenta Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): 5%.
Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Profesionales (PRES): 7%.
Cuenta de Infraestructura y Equipamiento en Salud (IES): 4%.
Cuenta de Formación en Salud (FS): 0,7%.
Cuenta de Funcionamiento del Fondo (FF): 0,3%

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social hará los estudios de costos que permitan ajustar semestralmente las proporciones de la asignación de los recursos a las cuentas, las cuales serán aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 2. Con el fin de dar una adecuada respuesta a las enfermedades huérfanas y olvidadas, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará una política pública específica, con base en propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, orientada por la garantía del derecho fundamental a la salud de las poblaciones afectadas por este tipo de enfermedades, sin relación expresa a la capacidad de pago de las personas o las familias, que incluya la articulación con el Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, para el desarrollo de nuevos conocimientos sobre el diagnóstico, prevención y tratamiento de las mismas.

Artículo 21°. Plan nacional de equipamiento en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social presentará para aprobación por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un plan nacional de equipamiento en salud a diez (10) años, con criterios de equidad regional, concertado con las unidades territoriales de salud y con revisiones cada dos (2) años, con base en los recursos destinados para tal efecto en la cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud.

Artículo 22°. Fondos territoriales de seguridad social en salud. Los fondos territoriales serán administrados por las unidades territoriales de salud que se establezcan para cada uno de los territorios de salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los criterios establecidos en el artículo 26 de la presente ley.

Los fondos territoriales recibirán los recursos provenientes de las transferencias del Fondo Único Público para la Salud para cada territorio de salud y los sumarán a los recursos de diferente origen propios del ente o entes territoriales participantes según la normatividad vigente, en especial, la Ley 1393 de 2010 sobre rentas cedidas al orden territorial de destinación específica para la salud. El gobierno nacional reglamentará el mecanismo de convergencia de estos recursos con los provenientes del orden nacional y el esquema de

inversiones en función de la transparencia, la disponibilidad y la seguridad, sin priorizar las inversiones de largo plazo.

Artículo 23°. Criterios generales para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los fondos territoriales. La transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los fondos territoriales será definida anualmente con base en los criterios del Sistema General de Participaciones, más un sistema de incentivos a la equidad y la rentabilidad social. El mecanismo de distribución deberá asignar más recursos, según la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud durante el primer año de vigencia de la presente ley, a los territorios que tengan las siguientes características:

Mayor prevalencia o incidencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública que la tasa nacional.

Inequidades en salud, entendidas como desigualdades injustas y evitables, medidas por resultados (morbi-mortalidad) y acceso a los servicios de salud (barreras económicas, geográficas, administrativas o culturales) entre subgrupos de la población a cargo y entre territorios de salud.

Mayor mortalidad materna e infantil que la tasa nacional.

Menor cobertura de saneamiento básico y agua potable que la cobertura nacional.

Mayor incidencia de emergencias y desastres que el promedio nacional.

Artículo 24°. Estructura de los fondos territoriales de seguridad social en salud.

Los fondos territoriales tendrán las mismas subcuentas del Fondo Único Público para la Salud, para ejecutar los recursos según los tipos de servicios definidos en el modelo de atención establecido por la presente ley.

Artículo 25° Cobertura del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.

El Estado reconocerá como parte del derecho fundamental a la atención integral en salud todos los bienes y servicios que se requieran con necesidad, individuales y colectivos, definidos por profesionales de la salud o agentes de salud aceptados por el Estado colombiano, excepto los siguientes:

Aquellos cuya finalidad sea cosmética y suntuaria, no relacionadas con una necesidad vital o funcional.

Los procedimientos, medicamentos o insumos que estén en etapa de investigación y que, en consecuencia, no hayan sido aprobados por autoridad competente. Este tipo de bienes y servicios podrán ser financiados con recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Aquellos que se presten en el exterior cuando se puedan brindar en el país.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud hará explícito en conjunto de bienes y servicios excluidos, con base en propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Salud a partir de conceptos del INETIS, el INS y el INVIMA, cada año.

CAPÍTULO IV ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS

Artículo 26°. Administración de los fondos territoriales de seguridad social en salud. Los fondos territoriales serán administrados por las unidades territoriales de salud, las cuales se conformarán como entidades administrativas públicas descentralizadas, responsables del diseño, gestión, control, seguimiento y evaluación de la gestión en salud en el territorio, mediante asociaciones que de forma autónoma los departamentos, distritos, municipios, según regiones especiales de interés en salud pública y/o que compartan particularidades étnicas o socioculturales.

Parágrafo. El gobierno nacional reglamentará la conformación de las unidades territoriales de salud, en los aspectos de gobierno, presupuesto y participación social, según los entes territoriales participantes. Las actuales secretarías de salud o las entidades que hagan sus veces podrán asimilarse a unidades territoriales de salud, en el marco de los acuerdos entre los entes territoriales y la reglamentación que establezca el gobierno nacional.

Artículo 27°. Funciones de las unidades territoriales de salud. Las unidades territoriales de salud tendrán las siguientes funciones:

Recaudar los recursos de los entes territoriales involucrados en el territorio de salud correspondiente y articularlos a los transferidos por el Fondo Único Público para la Salud para constituir el Fondo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente.

Distribuir los recursos integrados del orden nacional y territorial, según las cuentas correspondientes del fondo territorial.

Elaborar un Plan Territorial de Salud a diez (10) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del territorio.

Organizar el presupuesto y los mecanismos de contratación de los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, en el territorio de salud a su cargo, y las formas de pago de los servicios prestados por otros prestadores externos, en caso de requerirse atenciones en lugares por fuera del territorio de salud, con criterios de calidad, integralidad y equidad en la atención.

Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y 1562 de 2012.

Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

CAPÍTULO V PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Artículo 28°. Naturaleza de las instituciones prestadoras de servicios. Las instituciones prestadoras de servicios de salud serán únicamente de dos tipos: pública y privada sin ánimo de lucro. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y no de competencia de mercado.

Artículo 29°. 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, para la configuración de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Las redes de servicios son:

Red de Atención Primaria Integral en Salud (general y de salud ocupacional).
Red de servicios especializados ambulatorios (general y de salud ocupacional).
Red de servicios de hospitalización (general y de salud ocupacional).
Red de urgencias médicas.
Redes de apoyo (vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de rehabilitación).

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá los estándares y mecanismos para la conformación de las redes de servicios en los territorios de salud y la adecuación de las formas de gobierno y participación social en la gestión de los centros y hospitales públicos, con base en la propuesta técnica apoyada en experiencias de otros países, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las redes de servicios en los territorios de salud que se definan. La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria y en concordancia con los lineamientos que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social.

Artículo 30°. Pertinencia médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar un Comité de Pertinencia Médica de composición plural entre las profesiones y las especialidades médicas, relacionados con los servicios ofrecidos y con participación ciudadana, cuya función será ejercer la autorregulación colectiva e institucional de las decisiones médicas y evitar el uso indebido o no justificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos. La unidad territorial de salud del territorio en que estén ubicadas las instituciones establecerá una Junta de Revisión de la Pertinencia Médica con selección aleatoria de casos que permita formular recomendaciones para su mejoramiento.

Artículo 31°. Formas de relación entre las unidades territoriales de salud y los prestadores de servicios de salud. Las formas de relación entre las unidades territoriales de salud y las instituciones que conforman las redes de servicios serán de cuatro tipos, según su naturaleza institucional y en atención a un sistema de contabilidad de costos de los bienes y servicios de salud:

Presupuestos anuales para el cubrimiento de la planta de personal de cada uno de los centros y hospitales públicos del territorio de salud, según su complejidad tecnológica y el régimen laboral que se establezca, según los criterios del artículo 50 de la presente ley.

Formas de pago complementarias a los centros y hospitales públicos por servicios integrados que estimulen la calidad de la atención, la accesibilidad, la oportunidad, la aceptabilidad de los servicios de salud, el logro de metas y resultados en salud, la superación de inequidades en salud de la población y el desarrollo del modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria integral en salud (APIS).

Formas de contratación de servicios integrados con prestadores privados, según las necesidades de la población en el territorio correspondiente,,

Formas de pago específicas para servicios prestados en otros territorios de la geografía nacional.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definirá el sistema de contabilidad de costos, las formas de contratación y pago a los proveedores directos de servicios y el sistema tarifario, con base en propuestas técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con la participación de los prestadores, los trabajadores y los profesionales de la salud, con especial atención a la protección de la red hospitalaria pública.

Artículo 32°. Recuperación del Complejo Hospitalario San Juan de Dios de Bogotá. De conformidad con lo dispuesto en la ley 735 de 2002, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Cultura, en coordinación con la gobernación de Cundinamarca, la Alcaldía de Bogotá, Distrito Capital, y la Universidad Nacional de Colombia, deberán formular e implementar un plan de recuperación y puesta en operación del Complejo Hospitalario San Juan de Dios, comenzando por el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, en el término de seis meses a partir de la sanción de la presente ley. Este plan deberá incluir las dimensiones jurídicas, presupuestales, técnico-científicas, culturales, educacionales y laborales con el fin de que el país cuente con un complejo hospitalario de carácter universitario de alta complejidad, que sirva de referente el desarrollo de la ciencia, la investigación y la formación de personal en salud, en el marco del fortalecimiento de la red pública hospitalaria del país. La Agencia para la Defensa Jurídica del Estado y la Contraloría General de la República deberán implementar un plan de choque conjunto que permita proteger el patrimonio y los bienes del Hospital San Juan de Dios.

Para estos propósitos, el gobierno nacional reconocerá personería jurídica al Hospital San Juan de Dios como establecimiento público del orden nacional, de naturaleza especial, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía presupuestal y administrativa.

Parágrafo. El Hospital San Juan de Dios servirá de instancia articuladora de un sistema nacional de hospitales universitarios, de su mismo nivel de complejidad, tanto públicos como privados, que serán igualmente referentes para las políticas laboral, de formación de personal en salud y de ciencia, tecnología e innovación en salud. El gobierno nacional reglamentará la materia.

CAPÍTULO VI MODELO DE ATENCIÓN

Artículo 33°. Tipos de bienes y servicios esenciales de salud. Los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad, para el goce efectivo del derecho fundamental autónomo a la atención en salud, sin importar la capacidad de pago de las personas y con enfoque diferencial por género, especificidad cultural o étnica, ciclo vital o situación de discapacidad o vulnerabilidad, son de cinco tipos y se complementan según las necesidades de las personas, familias y comunidades, con base en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Los tipos de bienes y servicios de salud son:

Atención Primaria Integral en Salud.

Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados.

Servicios especializados de salud ocupacional.

Programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública.

Prestaciones económicas.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con base en propuesta de reglamentación presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los compromisos específicos de cada tipo de servicios, con base en los criterios señalados en la presente ley. Esta definición deberá ser flexible e intercultural, para tener en cuenta las especificidades territoriales y culturales, el perfil epidemiológico y la superación de inequidades relacionadas con la situación socioeconómica, la etnia, el género, el ciclo vital de las personas o grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad (desplazamiento, discapacidad, habitante de calle, prostitución, entre otros).

Artículo 34°. Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Con base en los principios ordenadores de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad y vínculo, para cumplir la función principal de coordinación de la atención integral de las personas, familias y comunidades, los componentes esenciales de la APIS que definirán los compromisos de las instituciones prestadoras, son:

Identificación de necesidades sociales de calidad de vida y salud, así como las inequidades entre grupos de la población adscrita territorialmente.

Formulación o apoyo sectorial a políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y mejoramiento de calidad de vida y salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar.

Acciones específicas dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes de tránsito.

Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutive, general y especializada básica, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, atención integral de la gestación, parto y puerperio, salud mental.

Servicios básicos de salud ocupacional, encaminados a atención integral de accidentes y enfermedades ocurridas con ocasión o como consecuencia del trabajo, a asesorar a las empresas y a los trabajadores independientes en el mejoramiento de las condiciones de

salud y trabajo, a la vigilancia epidemiológica ocupacional y a la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en el marco de una estrategia de entornos de trabajo saludables.

Servicios farmacéuticos, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.

Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primero y segundo nivel tecnológico ambulatorio.

Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario o paliativo, técnicamente justificado.

Atención de urgencias de primero y segundo niveles tecnológicos y atención de parto normal y de media complejidad.

Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de urgencias de tercero y cuarto niveles tecnológicos.

Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contra referencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria.

Información sistematizada y electrónica en salud, tanto de tipo personal (historia clínica única) como de tipo poblacional, con la estructura de la vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en calidad de vida y salud, con perspectiva de equidad y de garantía del derecho a la salud.

Artículo 35°. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados. Los componentes de los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, que definirán los compromisos de los prestadores, son:

Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología.

Servicios de hospitalización de tercero y cuarto niveles tecnológicos, incluido los cuidados intermedios e intensivos.

Servicios farmacológicos de mediano y alto costo, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.

Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio clínico, de genética y de imagenología, de mediana y alta complejidad.

Servicios de rehabilitación de segundo a cuarto niveles tecnológicos o de intervención de largo plazo.

Parágrafo. Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados serán siempre articulados a la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y deberán configurar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), según el diseño realizado por el fondo territorial de salud correspondiente.

Artículo 36°. Servicios especializados de salud ocupacional. Los componentes de salud ocupacional especializados, en articulación con los servicios ofrecidos y coordinados por las instituciones que desarrollan la APIS, son:

Servicios ambulatorios especializados para el manejo de accidentes y enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.

Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio clínico, de genética y de imagenología especializados para salud ocupacional.

Servicios hospitalarios especializados de mediana y alta complejidad para la atención de accidentes o enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.

Servicios farmacológicos especializados para el tratamiento de enfermedades como consecuencia del trabajo.

Servicios de rehabilitación para discapacidades derivadas de accidentes o enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.

Artículo 37°. Programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública. Los programas de control de enfermedades de interés en salud pública corresponden a los bienes, servicios y acciones coordinadas, intra e intersectorialmente, con la participación de la comunidad y de las redes sociales, en la forma de programas verticales, para el control de las enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud y del país en su conjunto. Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).

Artículo 38°. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias del impacto financiero de la situación de maternidad y de la incapacidad o la invalidez derivada de una enfermedad general y de accidentes y enfermedades ocurridas con ocasión o como consecuencia del trabajo.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá las formas de reconocimiento de estas prestaciones, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la experiencia acumulada en el pago de las prestaciones económicas, sin importar la condición de cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas en ningún caso serán inferiores a los que actualmente reconoce el sistema de riesgos laborales (Ley 1562 de 2011).

CAPÍTULO VII SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD

Artículo 39°. Definición. El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) es el conjunto de mecanismos y procedimientos destinados a la gestión de la información y del conocimiento para la toma de decisiones en el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, para garantizar las operaciones entre los agentes del sistema y dar cuenta de las necesidades sociales en salud, las respuesta institucional y social, y los resultados en salud y calidad de vida de la población colombiana, con enfoque de equidad y de determinación social de la salud y la enfermedad. La información deberá ser accesible y estar disponible para la población, por diferentes medios, con el fin de fortalecer la participación y el control social en los territorios.

Artículo 40°. Características generales. El SIIS tendrá como centro de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se organizará en, por lo menos, dos niveles:

Nivel operativo: garantizará la producción y el uso de la información para la atención integral en salud de las personas, las familias y comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los actores para el funcionamiento del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, comenzando por la historia clínica electrónica única, en todos sus procesos y territorios.

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 las instancias de rectoría y dirección del sistema y de todos los agentes involucrados en ellas.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de propuesta elaborada por el Instituto Nacional de Salud, 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 caldad y la fluidez de la información para su buen funcionamiento.

CAPÍTULO VIII PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

Artículo 41°. Definición. La participación es un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos en todo el sistema de salud. La participación ciudadana es ejercida por las personas, de manera autónoma, en cualquier instancia del sistema. La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la seguridad social en salud.

Artículo 42°. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

Participación en los procesos cotidianos de atención integral en salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud desarrollaran procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente, su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.

Participación en la exigibilidad del derecho. Las instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud deben establecer mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para impulsar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales, tanto en el interior de las instituciones prestadoras de servicios como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial.

Participación en las políticas públicas en salud. El Sistema contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en los microterritorios o divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la APIS, los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Participación en inspección, vigilancia y control. Los ciudadanos y ciudadanas, así como las organizaciones sociales podrán organizar veedurías en salud, desde el ámbito micro territorial hasta el nacional, en coordinación con los organismos de control principales del sistema, esto es, la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la red de controladores que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 43°. De los comités hospitalarios de ética. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar comités institucionales u hospitalarios de ética, de carácter plural, con presencia de personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven y el apoyo de abogados y bioeticistas, cuya función fundamental será el análisis de los dilemas morales que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas para ofrecer recomendaciones a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia, con el aval del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CAPÍTULO IX INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 44°. Características generales de la inspección, vigilancia y control. Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, de manera desconcentrada y con el apoyo la red de control social que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para cada territorio de salud, con base en propuesta de reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 45°. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del Fondo Único Público para la Salud y de los fondos territoriales de seguridad social en salud.

Presentar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para su aprobación, la reglamentación sobre el Sistema Obligatorio de Calidad de los Servicios de Salud, con base en la experiencia nacional e internacional sobre el tema, y velar por su cumplimiento por parte de los fondos territoriales y todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.

Desarrollar procesos de descentralización de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud, definiendo las competencias de los entes territoriales en la materia y la conformación de redes de control social.

Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo descentralizado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad sancionatoria.

Rendir informe anual al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del sistema en su conjunto y se propongan medidas correctivas.

Artículo 46°. Naturaleza pública de los recursos para la salud. Los recursos aportados para la salud, en la forma de cotizaciones o impuestos, son de naturaleza pública e

inembargable y no serán objeto de ánimo de lucro. Estos recursos serán sometidos a cuidadosa inspección, vigilancia y control de su aplicación por parte de la Contraloría General de la República, la cual deberá contar con la suficiente capacidad técnico-administrativa, de manera desconcentrada y con participación social, mediante redes de control social sobre el uso de estos recursos.

CAPÍTULO X POLÍTICAS PÚBLICAS PRIORITARIAS

Artículo 47°. Política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política de ciencia y tecnología en salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. La política deberá definir las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud para el país, según las especificidades territoriales y los recursos definidos por la normatividad correspondiente.

Como complemento a los recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas y enfermedades de especial interés en salud pública, provenientes de la cuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud, los cuales serán administrados directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las prioridades de la política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud y complementados con recursos territoriales para tal efecto, en especial, los del Sistema General de Regalías.

Artículo 48°. Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, con base en propuestas presentadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y por el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS), mediante la cual se establezcan estrategias de regulación tales como: compra conjunta de medicamentos esenciales, producción nacional de moléculas no protegidas por patente, producción de moléculas con patentes liberadas por interés en salud pública, provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales, investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías prioritarias, formación y educación continua farmacológica del personal de salud, estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías, regulación de precios de medicamentos y tecnologías, evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.

Parágrafo. Se prohíbe el uso de cualquier tipo de prebendas o beneficios al personal de salud por parte de empresas o agentes relacionados con la producción, distribución y consumo de medicamentos, insumos, equipos o tecnologías en salud.

Artículo 49°. Política de formación y educación superior en salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política de formación y educación superior en salud. La política deberá orientar las prioridades de formación de personal según las necesidades de calidad de vida y salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), con enfoque familiar y comunitario, así como

las necesidades y estímulos para la formación de especialistas y subespecialistas en las profesiones del área de la salud, y los mecanismos de conformación articulación entre las instituciones formadoras de personal y las redes integradas de servicios de salud con carácter universitario. 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, estableciendo estabilidad laboral y estímulos salariales y de educación continua para quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

Artículo 50°. Régimen y política laboral en salud. Los trabajadores de las instituciones públicas del sector salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

Las personas vinculadas a las instituciones públicas de salud, por norma general, estarán vinculados por contrato de trabajo conforme a los preceptos de Código Sustantivo del Trabajo.

Los empleados públicos de libre nombramiento y remoción corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices y/o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.

Los servidores públicos actualmente vinculados a las instituciones públicas de salud continuarán vinculados sin solución de continuidad y se les respetaran sus derechos adquiridos. En consecuencia, seguirán con el mismo régimen salarial y prestacional que vienen disfrutando, hasta el momento de su retiro, siempre y cuando sea más favorable para el trabajador, incluyendo los de carrera administrativa.

El gobierno nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las instituciones públicas de salud, en un término no mayor a tres (3) meses, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las plantas de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política y los siguientes elementos:

El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal.

Requerimientos reales de las plantas de personal.

Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan que la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad.

Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal.

Normas sobre incentivos salariales y no salariales.

Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones públicas de salud.

Normas de salud laboral, higiene y medicina del trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes músculo-esqueléticos y los aspectos psíquico-laborales, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud.

Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y para períodos de cuatro (4) años, una política laboral del sector salud que permita orientar la distribución de los recursos humanos del sistema en su conjunto, para superar las inequidades regionales y mejorar la respuesta a las necesidades territoriales en salud, incluyendo una readecuación del servicio social obligatorio en salud, sin perjuicio del régimen laboral que se establezca.

CAPÍTULO XI PERÍODO, DISPOSICIONES DE TRANSICIÓN Y VIGENCIA

Artículo 51°. Período de transición. Con el fin de propiciar la adaptación de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a las disposiciones de la presente Ley se contará con un período máximo de transición de dos (2) años a partir de su vigencia, sin perjuicio de los períodos explícitos establecidos.

Artículo 52°. Disposiciones transitorias. La transición de los actuales sistemas de salud y riesgos profesionales al Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias:

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será conformado por convocatoria del Ministerio de Salud y Protección Social, durante los primeros tres (3) meses de vigencia de la presente ley.

El Gobierno nacional pondrá en funcionamiento el Fondo Único Público para la Salud durante los primeros seis (6) meses perentorios posteriores a la vigencia de la presente ley.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá reglamentar las disposiciones de su competencia durante el primer año de vigencia de la presente ley.

Las empresas promotoras de salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado actuales deberán trasladar el monto de las cotizaciones a la seguridad social en salud al Fondo Único Público para la Salud una vez entre en funcionamiento la Central Única de Recaudo de este Fondo.

El Ministerio de Salud y Protección Social hará un estudio para determinar la deuda que tienen las entidades promotoras de salud (EPS) que como consecuencia de esta ley deban desaparecer, a fin de establecer los mecanismos de pago, en coordinación con los organismos de control que adelantan investigaciones sobre la apropiación indebida de recursos públicos de la seguridad social en salud por parte de dichas entidades.

El gobierno nacional asumirá el pasivo prestacional y el saneamiento fiscal de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, en especial, los prestados a la población pobre no asegurada por parte de la red pública, con énfasis en los hospitales universitarios, para lo cual hará un corte a 31 de diciembre de 2012.

Artículo 53°. Vigencia. Transcurrido el período de transición de la presente ley, se derogan todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular los libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, los Decretos 1295 de 1994 y los aspectos que le sean contrarios de la Ley 1562 de 2012.

De los y las honorables congresistas,

FIRMAS DE PARLAMENTARIOS QUE PRESENTAN EL PROYECTO A
CONSIDERACIÓN DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Proyecto de ley N° ____ “Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud”

La crisis del Sistema General de Seguridad Social de Salud – SGSSS, establecido mediante la Ley 100 de 1993, es de carácter estructural. Este sistema se sustenta en el negocio derivado de la atención de las enfermedades, más que en la salud de la población. La visión economicista que confía en la lógica del mercado llegó a su límite. La salud está relacionada con el desarrollo integral del ser humano, más allá de la atención de la enfermedad. Por ello, todo sistema de salud debe estar articulado a los sectores que sustentan las condiciones de vida saludable, esto es, la reducción o la eliminación de la contaminación auditiva, del aire y de las aguas, la provisión de alimentación sana y saludable, vivienda digna, condiciones laborales adecuadas, entre otras, tanto como garantizar el acceso efectivo y sin barreras a los servicios de salud en forma oportuna y en condiciones de calidad.

En razón a este concepto y atendiendo a las consideraciones Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, la Sentencia T-274/09 señala: “La protección a la salud constituye una labor de permanente actualización y perfeccionamiento por parte del Estado”. Lo anterior exige la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental, cuya garantía debe ser planificada en forma transectorial y descentralizada, con el fin de reconocer las particularidades de los individuos y las comunidades. El disfrute de este derecho fundamental en las sociedades modernas, en especial a partir de la formalización del concepto de seguridad social y su entendimiento como responsabilidad del Estado, pasa por la generación y promulgación de políticas públicas que identifiquen y reconozcan las necesidades de sus habitantes para el mantenimiento, conservación y recuperación de la salud.

Sin embargo, muchos Estados, entre ellos Colombia, no han logrado constituir infraestructuras que garanticen a sus habitantes el mantenimiento y la recuperación plena de la salud. Las teorías económicas que sustentan las restricciones presupuestales se imponen sobre las necesidades sentidas de millones de personas que terminan falleciendo o llevando una vida llena de limitaciones que les impide el pleno desarrollo de sus capacidades vitales.

En la búsqueda de una solución integral a esta problemática social, surge el presente proyecto de ley, el cual tiene como objetivo garantizar a los colombianos y las colombianas el goce pleno del derecho fundamental a la salud, sin ningún tipo de discriminación social, económica, educativa, étnica, cultural o de género, como parte de la consolidación del Estado Social de Derecho, concepción acogida por Colombia, en el artículo primero de la Constitución Política Nacional, promulgada en 1991.

TRATADOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES

En los tratados internacionales la salud ha sido incluida como derecho fundamental desde la Declaración universal de los derechos humanos, proferida en el año de 1948, la cual expresa en su artículo 25 lo siguiente:

[...] Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social [...]

Adicionalmente, el derecho a la salud está directamente asociado con el derecho a la vida, lo que realza la importancia de garantizarlo a todos los habitantes de un país en condiciones de igualdad y equidad, como parte del correspondiente sistema de seguridad social. Estos derechos son incorporados en la Declaración universal de los derechos humanos, en los siguientes artículos:

[...] Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona [...]

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación [...]

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. [...]

Estos artículos de la Declaración universal de los derechos humanos han sido guía para la elaboración de pactos regionales y se han incorporado, bajo en concepto de “bloque de constitucionalidad”, a la mayoría de las constituciones de los países miembros de las Naciones Unidas, incluido Colombia.

Para el caso latinoamericano, cobra importancia destacar los contenidos del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", el cual fue promulgado en el año de 1988. Dentro de sus contenidos expresa acerca de la seguridad social, la salud, el medio ambiente y la nutrición, lo siguiente:

[...] Artículo 9. Derecho a la Seguridad Social

Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.

Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

Artículo 10. Derecho a la Salud

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y

La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Artículo 11. Derecho a un Medio Ambiente Sano

Toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos.

Los Estados partes promoverán la protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente.

Artículo 12. Derecho a la Alimentación

Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual.

Con el objeto de hacer efectivo este derecho y a erradicar la desnutrición, los Estados partes se comprometen a perfeccionar los métodos de producción, aprovisionamiento y distribución de alimentos, para lo cual se comprometen a promover una mayor cooperación internacional en apoyo de las políticas nacionales sobre la materia [...]

Es de anotar que los acuerdos internacionales son parte vinculante de las constituciones nacionales de los países miembros que los ratifiquen mediante aprobación de sus respectivos Congresos. Colombia ha ratificado la Declaración Universal de los Derechos Humanos mediante la Ley 74 de 1968, así como el Protocolo de San Salvador, con la Ley 319 de 1996; por ende, el Estado colombiano se encuentra obligado a dar cumplimiento a los contenidos enunciados.

Del contenido de los tratados anteriormente relacionados se puede establecer que el Estado debe garantizar a sus ciudadanos la vida, lo cual se logra si el ser humano puede contar con unas condiciones básicas que le permitan llevar una vida en condiciones de dignidad. En este sentido, es determinante que la salud deba ser proveída por el Estado bajo principios de universalidad, equidad, solidaridad y eficiencia.

En este punto y como complemento, es necesario mencionar que según la reglamentación internacional ratificada por Colombia en materia de salud, el Estado ha adquirido mayores obligaciones. En particular, la observación N° 14 del Comité Internacional sobre los Derechos Sociales, Económicos y Culturales de 2001, define los mínimos esenciales del derecho a la salud en los siguientes términos:

- Acceso a centros, bienes y servicios de salud sin discriminación, en especial a grupos vulnerables o marginados.
- Acceso a alimentación nutritiva, adecuada y segura.
- Acceso a hogar y vivienda con condiciones sanitarias básicas y agua potable.
- Facilitar medicamentos esenciales, según la definición de la OMS.
- Distribución equitativa de instalaciones, bienes y servicios de salud.
- Planes y programas de salud para toda la población, con participación y vigilancia de los progresos realizados por parte de la comunidad.

2. LA SALUD EN LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA.

En lo referente a la legislación colombiana, la Constitución Política Nacional de 1991 estableció en su artículo 49 lo siguiente:

[...] Artículo 49º.

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

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

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

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

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

De lo anterior se desprende que el espíritu del legislador fue considerar la salud como un servicio público y no como un derecho humano fundamental, el cual debe ser garantizado por parte del Estado a los ciudadanos, en forma directa o a través de la participación de los particulares. Lo anterior permitió dar vía libre a la inclusión de modelos de prestación de servicios de salud soportados bajo teorías económicas favorables al mercado, transformando con ello la salud en una mercancía que se adquiere por parte de quien tenga la posibilidad económica.

Sin embargo, al poco tiempo de implementada la Ley 100 de 1993, la Corte Constitucional, por medio de sentencias, hizo conexa la salud con el derecho fundamental a la vida, expresado en el artículo 11 de la carta Política. Este avance jurisprudencial ha permitido a muchos colombianos y colombianas amparar su derecho a la salud, mediante acciones de tutela interpuestas ante los jueces de la República, cuando se violenta su derecho por parte de entidades privadas y/o públicas.

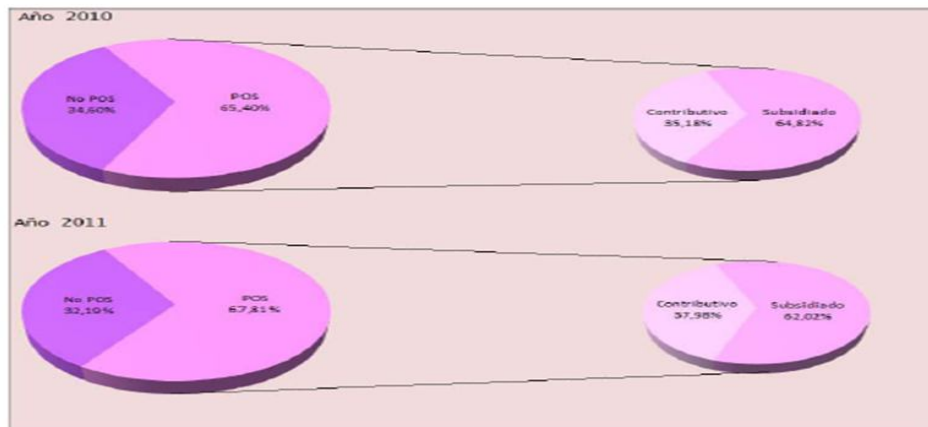
Al respecto, según el estudio presentado por la Defensoría del Pueblo en el año 2012, en el período comprendido entre 2010 a 2011, se interpusieron 403.380 acciones de tutela y el 23.31%, es decir 94.502, fueron para amparar el Derecho a la Salud; de ese total, el 84.4% favoreció a los accionantes; el 72.5% son interpuestas contra las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado, convirtiendo a estas empresas en las que más infringen este derecho fundamental, situación agravada por el hecho que el 67.81% de las tutelas corresponden a servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS1.

¹ Colombia, Defensoría del Pueblo. *La Tutela y el Derecho a la Salud 2011-20 años del uso efectivo de la Tutela*. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2012.

Fuente: Colombia, Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la

SOLICITUDES EN TUTELAS DE SALUD (POS Y NO POS) EN LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO						
	2010		2011		VARIACIÓN %	
	Solicitudes	Part. %	Solicitudes	Part. %		
Pos	89.762	65,40	131.077	67,81	46,03	
No Pos	47.498	34,60	62.225	32,19	31,01	
Total	137.260	100,00	193.302	100,00	40,83	

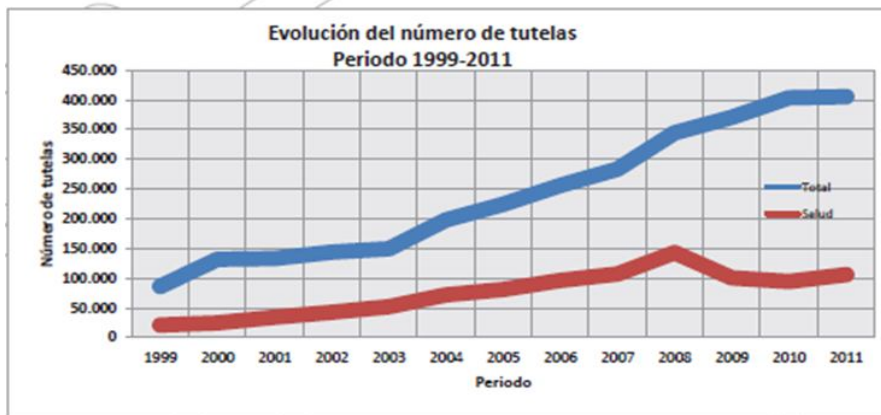
GRÁFICA N° 5. CONTENIDOS POS EN LAS TUTELAS



Salud 2011-20 años del uso efectivo de la Tutela. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2012.

Sin embargo, esta situación no solo es una particular del período analizado; por el contrario, es un problema estructural, vigente desde la misma expedición de la Ley 100 de 1993. Lo anterior, se sustenta en que para el período 1999 – 2011, de 3.130.720 acciones de tutela presentadas, 975.551 (31.16%), se presentan solicitando el amparo del derecho a la salud². La tendencia creciente sólo se logra quebrar parcialmente en el año 2008, pero en el último período nuevamente la tendencia es positiva, como se puede evidenciar en la siguiente gráfica.

GRÁFICA N° 2. EVOLUCIÓN DE LAS TUTELAS.



Fuente: Colombia, Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2011-20 años del uso efectivo de la Tutela. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2012

² Ibíd.

Dada la magnitud del número de tutelas, la Corte Constitucional abordó esta temática en forma amplia. Como resultado de este proceso profirió la sentencia T-760 de 2008, con base en un análisis integral de la jurisprudencia en salud, expresando lo siguiente:

[...] El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna [...]

De igual forma, la misma sentencia define con claridad qué debe ser entendido por dignidad humana, al definirla de la siguiente forma:

[...] el concepto de dignidad humana que ha recogido la Corte Constitucional únicamente se explica dentro del sistema axiológico de la Constitución y en función del mismo sistema. Así las cosas, la elevación a rango constitucional de la “libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle” y de “la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad”, definen los contornos de lo que se considera esencial, inherente y, por lo mismo inalienable para la persona, razón por la cual se traduce en derechos subjetivos (entendidos como expectativas positivas (prestaciones) o negativas) cuyos contenidos esenciales están sustraídos de las mayorías transitorias.

En este orden de ideas, será fundamental todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo.

Es así como la vulneración de la dignidad humana se conexas con el derecho a la salud haciendo posible deprecar la protección del Estado mediante tutela, de cualquier servicio de salud cuya negación impida el desarrollo de las potencialidades del individuo en la sociedad [...]

Por tanto, de esta revisión del cuerpo jurídico en el que se enmarca la salud en Colombia se puede concluir que se constituye como un derecho fundamental, tanto por el carácter vinculante de los pactos internacionales que ha suscrito el país, como por los desarrollos jurisprudenciales proferidos por la Corte Constitucional al respecto, los cuales se han enfocado en tres vías como fundamento para su garantía, a saber, su conexión con la dignidad humana y el derecho a la vida, la protección de sujetos en estado de especial protección y la fundamentabilidad de la salud en lo que respecta a un ámbito básico.

Finalmente, la Sentencia T-760 determina que el derecho a la salud es fundamental puesto que:

[...] son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo [...]

Siguiendo estos lineamientos, la Corte adiciona una característica de mayor preponderancia al establecerle la autonomía de este derecho en estos términos:

[...] el derecho a la salud es un derecho fundamental, “de manera autónoma”, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho [...]

3. CONTEXTO SOCIO POLITICO

El modelo adoptado por medio de la Ley 100 de 1993 aparece en nuestro país bajo el paradigma neoliberal de eficiencia de mercado, como garante para la provisión de los servicios sociales. En los años ochenta y noventa los países denominados subdesarrollados fueron sometidos a una serie de medidas conocidas como el “Consenso de Washington”³, cuya base es el debilitamiento del Estado, la flexibilización laboral, la apertura económica, las políticas focalizadas en los más pobres y vulnerables, fuertes medidas impositivas, el ajuste fiscal, entre otras.

Si bien en Colombia se presentaron opciones diferentes en todo el espectro político de comienzos de los años noventa⁴, predominó el sometimiento con gran rigurosidad a estos preceptos económicos y se realizaron, particularmente en la salud y la educación, profundas reformas con un corte fuertemente economicista cuyos resultados han dejado mucho que desear.

Para el campo de la salud, se estructuró un modelo basado en el “pluralismo estructurado”⁵, fundado en la separación de funciones (financiamiento, modulación, administración y prestación) con aseguramiento comercial en competencia regulada y subsidio a la demanda para los pobres. Con base en este enfoque, en Colombia se implementaron varios cambios entre los que se destacan la eliminación del monopolio público de la seguridad social, la libre competencia entre aseguradores mediante la creación de Entidades Promotoras de Salud – EPS, con mecanismos de regulación definidos por el Estado, en especial, el pago a las EPS por unidades de pago por capitación (UPC) para garantizar un plan de beneficios (POS), la constitución de dos regímenes según la capacidad de pago (contributivo y subsidiado), con subsidio a la demanda basado en la demostración de pobreza mediante el Sistema de Identificación de

³ Williamson J. (1990) What Washington Means by Policy Reform. In: *Latin American Adjustment: How much has happened*. Washington D.C.: Institute for International Economics. En: <https://edisk.fandm.edu/min/IST-325-Ecuador/What-Washington-Means-by-Policy-Reform.pdf> (consultado 31-03-13).

⁴ Hernández M. (2003) El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después. En: Franco, S. (editor) *La Salud Pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá: Facultad de Odontología, Sede Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 463-479.

⁵ Londoño JL, Frenk, J. (1997) *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de Trabajo 353. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe.

Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – SISBEN, y financiación mixta de contribuciones e impuestos con flujos de recursos, instituciones y poblaciones separadas.

Dicha reforma se concentró en las transacciones entre agentes para la prestación de servicios curativos, dejando de lado la visión de salud pública que todo sistema de salud debe tener. Esta situación ha llevado a problemas tan graves como el descenso de la cobertura efectiva de vacunación en menores de cinco años, el aumento de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual como la sífilis congénita y el incremento de patologías como dengue, tuberculosis, malaria, leishmaniasis y fiebre amarilla.

Por otra parte, esta lógica imperante del sistema de salud puso en un escenario de competencia a los hospitales públicos con las clínicas privadas, que en algunos casos pertenecían a las mismas EPS, lo cual exacerbó la posición dominante de estas empresas sobre los prestadores de servicios, situación que ha conllevado a la más grave crisis de la red de prestadores de servicios, tanto pública como privada. Las deudas que tienen las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado ascienden a 6.3 billones de pesos⁶. Esto ha conllevado a retrasos con proveedores de insumos y suministros, personal asistencial, modernización de tecnología e infraestructura, entre otros aspectos vitales para el buen funcionamiento de los hospitales y clínicas.

De igual forma, los prestadores han estado supeditados a las condiciones de pago y a las autorizaciones de servicios por parte de las entidades aseguradoras, las cuales han diseñado una serie de métodos orientados a restringir el acceso de los usuarios y a buscar a toda costa la obtención de rentas de los recursos públicos de la seguridad social en salud. Son conocidas las denominadas barreras de tipo geográfico, económico, administrativo, etc., que han perjudicado ostensiblemente la calidad y la continuidad de los tratamientos. Por supuesto, los más afectados han sido los usuarios que se convirtieron en el centro de tensión del sistema. Esta tensión ha generado una serie de acusaciones mutuas, que repercuten en una grave crisis institucional del sistema de salud colombiano por la desconfianza y la desarmonización.

4. LEYES DE REFORMA AL SISTEMA DE SALUD

En la búsqueda de soluciones a la crisis generada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se sancionó la Ley 1122 de 2007 que reforma a la ley 100 de 1993, norma que profundiza el modelo de aseguramiento y no soluciona los problemas. En esencia se sigue contemplando la salud como negocio donde los grandes beneficiarios siguen siendo las intermediarias EPS.

Frente al acceso real y efectivo a los servicios no se avanzó, puesto que no solo se mantiene la inequidad del modelo sino que se profundizó, dado que se brindó acceso sólo a la población clasificada en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN, con el plan de beneficios del régimen subsidiado, y a la población del nivel 3 se le otorgó un subsidio parcial, que brindaría algunas atenciones del plan de beneficios del régimen subsidiado. De igual forma, se mantuvieron las barreras que impiden el acceso de las personas al sistema de la salud pues, salvo para los afiliados de SISBEN 1, continuaron los copagos y las cuotas moderadoras, subsistieron los períodos de carencia, no se solucionó la

⁶ Según la información presentada por el Senador Jorge Ballesteros en el debate de control político al Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, Congreso de la República, noviembre de 2012.

tramitología y otras limitaciones que crean barreras para el acceso oportuno y eficaz al sistema.

Así las cosas, la crisis del sistema cada vez adquirió mayores connotaciones. Dado que la situación no pudo ser corregida con las medidas tomadas en la Ley 1122, el gobierno del Presidente Uribe decidió a decretar una “emergencia social en salud” a finales del año 2009, bajo el supuesto que estaban surgiendo unos hechos sobrenormales o extraordinarios que ponían en riesgo la viabilidad del sistema de salud. Las medidas allí adoptadas estuvieron orientadas a reducir los contenidos del POS para limitar la responsabilidad del Estado en la garantía de la atención en salud y crear la categoría de “prestaciones excepcionales en salud”, las cuales serían financiadas con cargo a los ahorros de los trabajadores (cesantías o pensiones voluntarias) o créditos con la banca comercial, lo que sin duda alguna movilizó a grandes sectores de la sociedad. También generó profundo malestar el intento en limitar la autonomía de los profesionales de la salud por medio de sanciones pecuniarias si formulaban bienes, servicios o tecnologías por fuera del POS. La enorme movilización social junto con los numerosos aportes analíticos recogidos por la Corte Constitucional de diferentes sectores, llevó a que este organismo declarara inconstitucional la emergencia social en salud y en consecuencia dichas medidas no pudieron ser aplicadas.

El presidente Uribe, después de dos períodos de gobierno, no logró atacar las fallas estructurales con medidas contundentes que permitieran superar todos aquellos inconvenientes claramente denunciados y altamente diagnosticados. El presidente Juan Manuel Santos, recién llegado al gobierno, abanderó un conjunto de iniciativas presentadas al Congreso por parte de la Unidad Nacional para solucionar la problemática del sistema de salud, pero en el mismo esquema de aseguramiento comercial con competencia regulada propio de la Ley 100. Con base en estos insumos, se promulgó la Ley 1438 de 2011 y tampoco hay señales de solución.

A pesar de dos fracasados intentos de ajuste del modelo ley 100, el gobierno Santos vuelve a presentar otro proyecto que apenas modifica algunas funciones de los agentes, legaliza la apropiación indebida de los recursos públicos de la seguridad social en salud por parte de los agentes intermediarios o administradores de recursos, mantiene la segmentación y supone que los estímulos adecuados a los agentes permitirá superar la crisis. En síntesis, más de lo mismo, sin afectar las causas de los problemas.

5. LA CRISIS DEL MODELO DE LEY 100

La crisis del sistema ha quedado demostrada, en muchos sentidos. Las bajas calificaciones dadas por los usuarios a las EPS, según estudio realizado por el Ministerio de Protección Social y la Universidad Nacional en el año 2010, donde el promedio de calificación dada por los usuarios a las EPS es de 59 sobre 100, en el régimen contributivo y de 51 en el régimen subsidiado. De igual forma, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC, en la 12ª encuesta de percepción de IPS sobre EPS, respecto a los resultados globales promedio por áreas de evaluación solo dos lograron superar el límite inferior del índice de percepción. En esta encuesta, los profesionales de la salud denunciaron uno o más tipos de restricción que les imponen las EPS a la hora de garantizar servicios requeridos por los usuarios⁷.

⁷ Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas –ACHC. *12ª Encuesta de percepción de IPS sobre EPS*. Bogotá, ACHC, 2012.

Respecto del acceso a los medicamentos, la Encuesta de Calidad de Vida 2010 revela que las EPS dejan de entregar medicamentos prescritos por sus médicos en un 25.6% en el régimen contributivo y 32.4% en el subsidiado; un 33% de los encuestados afirmó que la entrega de los mismos o fue fragmentada o nunca se realizó⁸. Adicionalmente, la Federación Médica Colombiana halló en un estudio realizado a los recobros de medicamentos que los precios son superiores en un 170% a los precios internacionales⁹.

La Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, mediante la cual este organismo declaró la salud como derecho fundamental autónomo, profirió un conjunto de órdenes al gobierno nacional para avanzar seriamente en el goce efectivo de este derecho, aún en el marco estrecho de la Ley 100 de 1993. La Sala de seguimiento de la sentencia ha realizado dos audiencias públicas para verificar el cumplimiento de dichas órdenes. La primera de ellas se llevó a cabo el día 7 de julio de 2011, y se centró en la revisión de los avances en la unificación de los planes de beneficios y la situación financiera del sector. La conclusión de la Sala fue que “no han sido satisfactorios los avances en materia de cumplimiento de las órdenes de la sentencia, a pesar de las dificultades que esto representa”.

Los recobros por parte de las EPS al Fosyga se convirtieron en la mayor evidencia de la apropiación indebida de recursos públicos del sistema, al pasar de 537 mil millones en 2007 a más de 2.3 billones en el año 2010. Este incremento no puede asociarse a cambio alguno en el perfil epidemiológico ni a un incremento razonable de los precios de los medicamentos. Se trata de un evidente abuso por parte de los agentes dominantes del sistema, con la anuencia de las instancias de gobierno correspondientes.

La Superintendencia de Industria y Comercio sancionó a varias EPS y a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-ACEMI por los acuerdos establecidos entre ellas para definir a su manera los servicios que serían incluidos en el POS y los que serían recobrados al Fosyga como No POS. Este tipo de acuerdos constituye el delito de “colusión”, pues beneficia a quienes participan del acuerdo y afecta negativamente a terceros, nada menos que los usuarios enfermos que requieren servicios, sometiéndolos a más dolor, sufrimiento y riesgo de muerte.

Las denuncias y acusaciones no paran allí. La Procuraduría General de La Nación, en el informe de seguimiento al cumplimiento de normas del SGSSS¹⁰, estableció que

[...] este reiterado incumplimiento de las normas que se expiden y rápidamente pasan al olvido, pues en la práctica los responsables de aplicarlas, diseñan procedimientos o estrategias cuidadosas e ingeniosamente elaboradas para, sin violentar la norma, atentar contra su espíritu y contra la intención del legislador y del regulador [...] hemos establecido que a pesar de los cambios continuos de normas, los recursos de la salud se retienen en cada actor del sistema.

⁸ Colombia, Departamento Nacional de Planeación –DNP. Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2010.

⁹ Observatorio del Medicamento, Federación Médica Colombiana - FMC. *Boletín Informativo*, (17 y 18), 23 al 29 de abril 2012.

¹⁰ Colombia, Procuraduría General de la Nación. *Informe al seguimiento de normas del SGSSS*. Bogotá. Procuraduría General de la Nación, 2012.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ha realizado investigaciones a varias EPS por incumplimiento en indicadores de salud, operar en lugares no habilitados, reportar a bases de datos información deficiente, dar información contable con serias distorsiones; de igual forma, ha hallado que algunas EPS incumplen el margen de solvencia, operan con flujo de recursos insuficiente y hay serias inconsistencias en el reporte de inversiones.

La Corte Constitucional convocó a una segunda audiencia de seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760, en mayo de 2012, en cuya instalación se dijo:

[...] causa inmensa preocupación el hecho de que los diferentes órganos estatales no comprendan aún los compromisos de un Estado Social de Derecho, como no otorgarle la debida importancia al derecho a la salud, situación que ha ocasionado que la sociedad colombiana se pueda catalogar hoy de “enferma” [...] La salud no puede ser un negocio para lucrar a unos pocos. La actividad de los mercaderes de la salud va en detrimento del derecho fundamental de niños y niñas, de mujeres embarazadas, de personas de la tercera edad, de discapacitados, de indígenas, de negritudes; y en últimas de la sociedad en general [...]

En esta audiencia y posterior a escuchar a los diferentes actores del sistema, la Sala de seguimiento sacó la siguiente conclusión:

[...] desde años atrás se ha constatado la situación lamentable de la salud en nuestro país. Al parecer, todo continúa igual y con tendencia clara a deteriorarse. Esta Corporación ha permanecido vigilante en el cumplimiento de las órdenes dictadas en la sentencia conocida, evidenciando leves mejorías que en nada han incidido en el goce efectivo del derecho a la salud.

Después de la segunda audiencia, en noviembre de 2012 la misma Sala de seguimiento profirió un conjunto de autos destinados al cumplimiento de las órdenes, en especial, la recuperación de los recursos apropiados indebidamente por parte de los agentes del sistema y llama a los organismos de control a culminar a la mayor brevedad el conjunto de procesos abiertos por esta causa. Sin embargo, aún no se conocen los resultados de estas investigaciones ni el gobierno ha informado sobre el particular.

A la anterior intervención de la Corte Constitucional se le suman afirmaciones de la Contralora General de la República, Sandra Morelli, quien en varios escenarios ha manifestado que los copiosos recursos, alrededor de 40 billones de pesos, no están dando una respuesta satisfactoria a las necesidades de atención de la población y que la apropiación indebida de los mismos se acerca a niveles escalofriantes del 50%¹¹.

Por otra parte, la Procuraduría General de la Nación ha revelado que pese al notable avance de la afiliación o carnetización, el acceso, oportunidad y calidad del servicio de salud están lejos de cumplir con los postulados constitucionales y legales del Estado Social de Derecho.

¹¹ La mitad de la plata para la salud se pierde. *El Espectador.com*, 15 de mayo de 2012. En: <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-346501-mitad-de-plata-salud-se-pierde>

De igual forma, la Secretaría Distrital de Salud y los gerentes de las empresas sociales del Estado (ESE) de Bogotá¹² le han solicitado al presidente Santos su intervención para solucionar de manera inmediata la situación de la red pública de la ciudad, generada por la cartera de las EPS que asciende a más de 260 mil millones, amén de la apropiación de los recursos correspondientes a glosas de la facturación que indebidamente son incorporados al patrimonio de dichas entidades, así como la insolvencia de las EPS, tanto las intervenidas como las acogidas a ley 550, los giros directos a las EPS que debilitan el papel de las entidades territoriales y la permanente presencia de barreras de acceso.

En el mismo sentido fue el pronunciamiento de ocho ex ministros de salud, dirigido también al presidente Santos¹³, en el que manifiestan que:

[...] resulta inevitable pronunciarse sobre la deplorable situación del sistema general de salud que en nuestro criterio afronta una crisis estructural y se convierte en una obligación moral y ética, personal y colectiva, ofrecer nuestro concurso para cambiar el rumbo de un sistema que hoy no cumple con el objeto de garantizar el derecho a la salud para todos.

En el mismo sentido se pronunciaron los secretarios de salud, los gerentes de los hospitales y el reciente encuentro nacional de alcaldes de las ciudades capitales de departamentos, reunidos en Santa Marta en agosto de 2012; se suman las voces de todos los gremios de salud, centrales obreras, comunidad, la academia, Defensoría del Pueblo y, más recientemente, de la Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud (ANSA), en la que participan alrededor de 50 organizaciones sociales y académicas.

6. LA PROPUESTA PLANTEADA

El proyecto de ley que se presenta a consideración de los honorables congresistas consiste en la creación de un nuevo sistema de salud basado en el modelo de seguro universal, de carácter público, solidario, sin intermediación financiera comercial y con la recuperación de la administración pública de los recursos en forma descentralizada, con amplia participación social y fuerte inspección, vigilancia y control de los recursos y procesos de atención. En este nuevo sistema se integran la atención individual con la colectiva, la preventiva con la curativa, y la de todos los daños y enfermedades endémicas, epidémicas, laborales y accidentales. De allí el nombre de Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.

En 11 capítulos y 53 artículos se da cuenta de los principales componentes del nuevo sistema, comenzando por los principios orientadores, entre los cuales cabe resaltar los de universalidad, obligatoriedad, parafiscalidad, solidaridad, equidad, interculturalidad, calidad, intersectorialidad y participación social vinculante. Estos principios se expresan en los siguientes capítulos como un sistema único que ofrece la atención integral de las personas, familias y comunidades, sin discriminación alguna y sin atar el derecho a ser atendido a la capacidad de pago o a la demostración de pobreza por encuesta alguna. La

¹² Carta del Secretario de Salud y los gerentes de hospitales de Bogotá al Presidente Santos. Mayo de 2012. En: <http://ulahybeltranlopez.blogspot.com/2012/05/carta-del-secretario-de-salud-y-los.html> .

¹³ Exministros de Salud piden a Santos reforma estructural del sistema. *El Tiempo.com*, 19 de junio de 2012. En: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11957986.html

condición de ciudadano o simple habitante en el territorio nacional es suficiente para ser merecedor del derecho a la atención integral en salud.

Por lo anterior, en el nuevo sistema se eliminan los regímenes contributivo y subsidiado, desaparecen los intermediarios financieros y por tanto los planes de beneficios y el pago por UPC. Los regímenes especiales podrán integrarse al nuevo sistema con la anuencia de sus beneficiarios, una vez confirmen que no habrá pérdida alguna de derechos adquiridos.

Para garantizar la universalidad se articulan los recursos parafiscales y fiscales en un fondo público único y se conforman “territorios de salud”, con base en las características socioeconómicas, epidemiológicas, culturales, étnicas y geográficas, contando con la voluntad política de los actuales entes territoriales, de manera que se logre articular los esfuerzos en áreas poblacionales con características comunes y se integren los recursos del orden nacional y territorial en función de las necesidades en salud de las personas, las familias y comunidades de dichos territorios.

El capítulo II presenta la organización general del sistema. Desde el punto de vista de la rectoría se establece un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el cual se encuentran representados el gobierno nacional, los trabajadores y profesionales del sector salud, y las múltiples formas organizadas de la sociedad, tanto desde el punto de vista social, como étnico, de género y territorial. Los territorios de salud que se conformen también contarán con un consejo territorial que permita poner en marcha la política nacional con las particularidades propias del territorio. La dirección del sistema queda a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y de las nuevas administradoras de los fondos territoriales que se constituyan en cada territorio de salud. De esta forma, se logra una participación vinculante de las comunidades y sectores sociales en la orientación del sistema, expresada en las políticas públicas correspondientes.

El Capítulo III presenta el componente de financiamiento del sistema, centrado en la articulación de los recursos fiscales y parafiscales en un fondo único público, conformado como una entidad pública, con personería jurídica, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la vigilancia de la Contraloría General de la República y con rendición de cuentas al Consejo Nacional de seguridad Social en Salud. En este capítulo se establecen las fuentes que constituyen el fondo y las cuentas para su manejo, según diferentes tipos de bienes, servicios y acciones en salud, y se definen criterios generales de asignación en los territorios de salud, con criterios de equidad y de estímulo al logro de resultados en salud por parte de unidades territoriales de salud, como las administradoras de los fondos territoriales.

Con el fin de evitar las barreras económicas a la hora de requerir la atención, se elimina todo tipo de cuota moderadora o copago. La cobertura del sistema, con los recursos disponibles, incluye todo tipo de bien o servicio que se requiera con necesidad, excepto aquellos relacionados con tres situaciones: los suntuarios o estrictamente estéticos; los que estén en experimentación, en cuyo caso deberán ser cubiertos por el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación; y los prestados en el exterior cuando puedan ser prestados en el territorio nacional.

El Capítulo IV se refiere a la administración territorial de los recursos públicos a través de la conformación de una unidad territorial de salud que manejará el fondo territorial correspondiente, según reglamentación específica que hará el Ministerio de salud y

Protección Social con el aval del Consejo Nacional. Se trata de entidades públicas que deberán realizar la gestión de la salud de la población, en su condición de autoridad sanitaria con visión de salud pública e intersectorialidad, y de integradora de las redes de servicios para garantizar el derecho a la atención en salud. Ellas deberán rendir cuentas al consejo territorial correspondiente y que tendrán todo el peso de los organismos de control y de control social para garantizar el buen uso de los recursos.

La importancia de esta gestión territorial y pública de los recursos disponibles radica en que ésta ha sido la mejor forma de generar integralidad en la atención, al tiempo que se propicia la articulación del sector salud con otros sectores. En los territorios es posible realizar una verdadera planeación de los servicios individuales y colectivos, a partir de la identificación de las necesidades de salud de la población, integrando las redes de servicios con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), capaz de coordinar los procesos de atención, establecer vínculos estables entre los prestadores y las familias y comunidades, y favorecer los procesos de participación social y de intersectorialidad para afectar los determinantes sociales de la salud. Existen ejemplos de este modelo de atención y administración en los sistemas de salud de Costa Rica, Brasil, Canadá, España, Suecia, Reino Unido y Nueva Zelanda.

El capítulo V se centra en la prestación de servicios por parte de instituciones prestadoras de servicios que podrán ser públicas o privadas sin ánimo de lucro. Esta última modalidad permite que los excedentes derivados de la prestación de los servicios vuelvan al sistema y no sean extraídos por los dueños de estas instituciones. El eje de la prestación está en la recuperación de la red pública, ampliándola según las necesidades de las poblaciones en sus territorios de salud. El sector privado será complementario a la red pública y se definirán diferentes formas de contratación de acuerdo al tipo de servicios que ofrezcan y según el modelo de atención que la ley establece. Se incluye en este capítulo un artículo (número 30) que obliga a la conformación de comités de pertinencia médica, con el fin de propiciar la autorregulación de los profesionales de la salud respecto de los bienes y servicios que se requieren con necesidad. Y el artículo 32 reitera la obligación establecida por la Ley 735 de 2002 de recuperar el complejo hospitalario de San Juan de Dios como un hospital universitario del orden nacional y referente del sistema.

El capítulo VI presenta con algún detalle el modelo de atención integral que permitirá dar cuenta, tanto en los aspectos promocionales, como de prevención, curación y rehabilitación, del conjunto de problemas y daños en salud de las poblaciones en sus territorios. Esto implica la articulación deliberada de los bienes y servicios de Atención Primaria Integral en Salud con mecanismos de coordinación intersectorial, servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, servicios especializados de salud ocupacional, programas de control de enfermedades de interés en Salud Pública, prestaciones económicas.

El capítulo VII ordena la conformación del Sistema Integrado de Información en Salud, de carácter público y orientado a la toma de decisiones, tanto en el ámbito cotidiano de la atención integral en salud como en el estratégico de formulación de políticas públicas territoriales o nacionales. De esta forma se supera la privatización de la información del sistema actual, que ha mantenido una serie de cajas negras tan problemáticas como la falta de un dato cierto y verificable sobre la morbilidad atendida en todo el territorio nacional.

El capítulo VIII se centra en la participación ciudadana y social en el sistema, resaltando los diferentes ámbitos y mecanismos que deberá reglamentar el ministerio de Salud y Protección Social con el aval del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En este capítulo se incluye, en el artículo 43, la conformación renovada de comités hospitalarios de ética, de carácter plural y verdaderamente propositivo, para afrontar los dilemas morales que resultan de la práctica clínica cotidiana, del trabajo comunitario y de la investigación y la innovación en salud. No se trata de tribunales, como tiende a verse este espacio hoy en día, sino de instancias de análisis y recomendación de salidas moralmente viables a tantos dilemas y problemas cotidianos de la atención en salud.

El capítulo IX desarrolla los aspectos fundamentales de la inspección, vigilancia y control de los recursos y los procesos del sistema, haciendo énfasis en el carácter público de los recursos en todo momento y, por lo tanto, el fortalecimiento de la capacidad de los organismos de control, en especial de la Contraloría General de la República y de la Superintendencia Nacional de Salud.

El capítulo X se refiere a las políticas públicas prioritarias del sistema, sin las cuales no será posible alcanzar los buenos propósitos del nuevo sistema. Estas son, sin orden de importancia, primero, la política de ciencia, tecnología e innovación en salud, en el marco del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y énfasis en los problemas prioritarios en salud pública. Segundo, la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, fundamental para el control de la enorme presión económica derivada del complejo médico industrial y financiero global, que presiona todos los sistemas de salud en el mundo y busca extraer el máximo de rentabilidad. Tercero, la política de formación de personal en salud que defina estrategias de corto, mediano y largo plazo para la formación de personal según las necesidades en salud de las poblaciones en sus territorios y los requerimientos de la estrategia de APS. Cuarto, el régimen laboral del sector que permita garantizar estabilidad y calidad del trabajo en salud, para mejorar también el vínculo y la calidad de la atención de la población.

El capítulo XI establece las disposiciones de transición, con plazos máximos para pasar del actual sistema al nuevo, sin que esto signifique un traumatismo para la atención de la población, verdadero fin de cualquier sistema de salud.

De ninguna manera se está echando por la borda la experiencia acumulada en el país en materia de seguridad social en salud. Se trata de poner esa experiencia al servicio del fortalecimiento de las capacidades del Estado para la garantía del derecho a la atención integral en salud, rescatando el carácter público de los recursos disponibles y retirando los agentes y mecanismos de expropiación y de mercantilización indebida de las necesidades en salud. Es la manera más eficaz de hacer de la salud un verdadero derecho y no un negocio como el que cunde en el sistema de salud colombiano.