**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS DEL PROYECTO DE LEY**

**Proyecto de ley N° \_\_\_**

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

Bajo los cambiantes y complejos procesos sociales que el mundo cada vez más globalizado está viviendo, impulsados por las dinámicas del rápido desarrollo tecnológico, la intensificación de las comunicaciones, la internacionalización de los Derechos Humanos y la consolidación de la economía de mercado, se ha suscitado una erosión de las capacidades del Estado que se manifiesta, en primer lugar, en un declive de lo público, de los Derechos Humanos y de la democracia; en segundo lugar, en un fortalecimiento de los poderes privados y, en tercer lugar, en una exclusión social creciente que alimenta la inestabilidad política y los conflictos internos y externos[[1]](#footnote-1).

Las dificultades del Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS), establecido mediante la Ley 100 de 1993, son de carácter estructural, como se ha venido demostrando después de 25 años de vigencia. Este sistema, al mejor estilo de los seguros comerciales, se soporta en la protección del riesgo financiero y en las oportunidades del negocio derivado de la atención de las enfermedades, más que en la salud de la población. La visión netamente económica que confía en la lógica del mercado aplicada a la salud, no la garantiza como derecho fundamental, como hoy lo establece la Ley Estatutaria en Salud. La salud está relacionada con el desarrollo integral del ser humano, el medio ambiente donde nace, crece, donde estudia o trabaja, más allá de la simple atención de la enfermedad.

Por ello, todo Sistema de Salud debe estar articulado a los sectores que sustentan las condiciones de vida saludables; esto es, *la salud en todas las políticas[[2]](#footnote-2)*, para lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida, como lo predica la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 (Art. 9), incidiendo en la calidad del aire y del medio ambiente, en la provisión de agua potable, el manejo integral de las basuras y los deshechos, la alimentación sana y saludable; así como vivienda digna con acceso a los servicios públicos y condiciones laborales adecuadas, entre otros factores o políticas públicas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud.

Lo anterior exige la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental, como lo predica la Ley Estatutaria en Salud (Art. 1, 2), cuya garantía debe ser planificada en forma interinstitucional y descentralizada, con el fin de reconocer las particularidades de los individuos y las comunidades, con énfasis en aquellas que habitan en territorios con población rural dispersa, con barreras de acceso geográfica, culturales, ambientales e histórico abandono del Estado.

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 un Sistema de Salud e infraestructuras suficientes para garantizar a sus habitantes, el mantenimiento y la recuperación plena de la salud; es decir, el goce efectivo de este derecho fundamental[[3]](#footnote-3).

1. **CRISIS DEL SGSSS – LEY 100 DE 1993.**

Según lo plantea la PROPUESTA DE POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD, presentada por un importante grupo de la Sociedad Civil (suscrita por 37 organizaciones), el 1 de febrero de 2018, a los candidatos a la Presidencia de la República, la situación financiera del Sistema de Salud Colombia tiene un gasto en salud en porcentaje del PIB de 6,81%, que se encuentra entre los más bajos de la región, solo supera a Bolivia, Perú y Venezuela (Banco Mundial, 2013) [[4]](#footnote-4).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el presupuesto anual de salud de la ADRES (Administradora de Recursos del SGSSS) supera los 42 billones de pesos en 2018[[5]](#footnote-5).

**Tabla 1. ADRES, Presupuesto de Ingresos 2018.**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONCEPTO DE INGRESO** | **AFORO (millones $)** |
| INGRESOS CORRIENTES | 42.417.328 |
| **Aportes de la Nación para el aseguramiento** | **12.188.014** |
| **FONSAT y contribución SOAT** | **1.548.964** |
| **Regalías para el régimen subsidiado** | 220.071 |
| **Impuesto sobre la renta para la equidad CREE** | **112.615** |
| **FONSAET** | 51.737 |
| **Prima FONSAT y contribución SOAT** | **1.548.964** |
| **Impuesto armas, municiones y explosivos** | 101.909 |
| **Cotizaciones al SGSSS** | **17.803.406** |
| **Aportes solidaridad reg. excepción y especiales** | 880.078 |
| **CCF** | 566.983 |
| **SGP régimen subsidiado** | **6.898.329** |
| **COLJUEGOS** | 198.366 |
| **FONPET (Fondo Nal de Pensiones E. T.)** | 700.000 |
| **Recursos de las E. T. para aseguramiento** | **1.145.391** |

Del total de los recursos en el año, 39 billones aproximadamente, estaban dirigidos al aseguramiento en salud y la atención individual, casi 3 billones en recobros de medicamentos No POS del régimen contributivo, solo 1.3 billones de pesos se dirigieron para la salud pública, la promoción y la prevención, y $500.000 en otros temas menores.

El Gobierno Nacional, en cabeza del Señor Ministro de Salud, reconoce una crisis financiera del SGSSS con un déficit total de 7,5 billones de pesos, puesto que el Sistema gasta más de lo que tiene[[6]](#footnote-6).

En el 2018, Según ACEMI, se prevé que sostener la salud costará cerca de $43,5 billones y el propio Minsalud acepta que faltan cerca de $1,5 billones, pues se espera que ingresen $8,6 billones del Sistema General de Participación (SGP); $14,5 billones del Presupuesto General de la Nación; $17,8 billones por cotización de los trabajadores; $2,25 billones de rentas territoriales y un cuarto de billón de pesos de otras fuentes[[7]](#footnote-7).

La Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACHC) en su informe de cartera con corte a junio de 2016 manifiesta que solo para las 145 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que reportan, esta asciende a 6.5 billones de pesos.

El informe del gremio que representa a los hospitales públicos del país (ACESI) con corte a junio de 2017 reporta una cartera para los hospitales públicos de 7,5 billones, un billón de pesos más que en junio de 2016, un incremento del 15%.

Por otra parte, el Ministerio de Salud, para Diciembre del año 2016, afirmó que de 250 hospitales públicos de los 947 existentes en el país, se encontraban en alto y mediano riesgo financiero, lo que repercute de manera directa en la calidad del servicio y en el acceso a la atención.

Para subsanar la crisis financiera de los prestadores de servicios de salud, el Ministerio de Salud ha apelado a la figura de compra de cartera en donde reconoce que a diciembre de 2016 se han aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por $1,62 billones, en las que se han beneficiado 415 IPS y 26 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado (Radicado Minsalud 201742301674932).

En cuanto a las EPS, a pesar de los esfuerzos recientes del Gobierno Nacional por fortalecer el papel hegemónico de las intermediarias financieras en el SGSSS mediante los decretos 2702 de 2014, 2117 de 2016 y 718 de 2017, en donde se flexibilizan las condiciones de habilitación para su funcionamiento y se les permite llevar a cabo procesos de reorganización institucional, el informe de la Superintendencia Nacional de Salud de 2016 que analiza 33 EPS, muestra que en ese corte, tenían un déficit financiero de 5,2 billones de pesos.

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 acceso geográfico, económico, administrativo, culturales, 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, lo cual podría llevar al país a una inminente crisis social, tras el posible cierre e intervenciones de entidades de salud en el territorio nacional.

* 1. **El inadecuado flujo de recursos en el sector.**

Uno de los problemas que no ha podido ser solucionado en el ejercicio del SGSSS es el flujo de los recursos y la oportunidad en los pagos a los prestadores de los servicios de salud. Así mismo, al no recibir estos los recursos por los servicios efectivamente prestados, incumplen con los proveedores y con los trabajadores.

El estudio de la ACHC, a junio de 2017, reveló **que las 10** [EPS](https://www.dinero.com/noticias/eps/764) **que más deben por monto y participación relativa de la cartera mayor a 60 días (68,4% vs el 72,1% último semestre de 2016) presentaron una disminución de 3,7 puntos porcentuales.** Según la asociación, el monto de cartera morosa de las primeras 10 entidades del ranking, por valor de $2,6 billones aproximadamente, es superior en $45.317 millones frente al periodo inmediatamente anterior.

También agrega el estudio que la totalidad de obligaciones de [cartera](https://www.dinero.com/noticias/cartera-vencida/8973) de estas 10 entidades, a junio de 2017, suma un total de $3,8 billones aproximados (46,9% del total de los $8,2 billones aproximados que en total le deben las EPS a los hospitales y las clínicas). Además, se asegura que más de 26 millones de colombianos están afiliados a una de las Entidades Promotoras de Salud que en este momento se encuentra bajo medidas especiales por parte de la Superintendencia de Salud.[[8]](#footnote-8)

Por su parte, como es sabido, 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 y ESE incumplen el margen de solvencia, operan con flujo de recursos insuficiente y hay serias inconsistencias en el reporte de inversiones. A consecuencia de la pérdida del equilibrio financiero del SGSSS, la Súpersalud ha debido tomar medidas contra las entidades del sector.

* 1. **Medidas Especiales.**

Al finalizar el año 2017, la entidad ejercía la adopción de medidas especiales (vigilancia especial, programas de recuperación), de conformidad con el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del SGSSS. Con corte a 31 de diciembre de 2017, las entidades vigiladas con medidas especiales, eran:[[9]](#footnote-9):

**Tabla 2. Entidades en Vigilancia especial.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DE ENTIDAD | TIPO DE ENTIDAD | CIUDAD SEDE |
| Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó “AMBUQ EPS-S-ESS” | EPS régimen subsidiado | Barranquilla - Atlántico |
| Asociación de Cabildos Indígenas Y La Guajira DUSAKAWI | EPS Indígena | Valledupar - Cesar |
| Asociación Mutual La Esperanza "ASMET SALUD" | EPS régimen subsidiado | Popayán - Cauca |
| Capital Salud EPS-S S.A.S. | EPS régimen subsidiado | Bogotá D.C. |
| CAPRESOCA | EPS régimen subsidiado | Yopal – Casanare |
| COMFACUNDI | EPS régimen subsidiado | Bogotá D.C. |
| CONVIDA | EPS régimen subsidiado | Bogotá D.C. |
| COOMEVA EPS | EPS régimen contributivo | Cali – Valle del Cauca |
| Cooperativa de Salud Comunitaria Empresa Promotora de Salud Subsidiada “COMPARTA EPS- S” | EPS régimen subsidiado | Bucaramanga – Santander |
| CRUZ BLANCA | EPS régimen contributivo | Bogotá D.C. |
| ECOOPSOS ESS EPS-S | EPS régimen subsidiado | Bogotá D.C. |
| EMDISALUD | EPS régimen subsidiado | Montería – Córdoba |
| Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Cartagena y Bolívar “COMFAMILIAR” | EPS régimen subsidiado | Cartagena – Bolívar |
| Programa de Salud de la Caja de Compensación Familiar de Córdoba “COMFACOR” | EPS régimen subsidiado | Montería – Córdoba |
| SALUD VIDA EPS | EPS régimen contributivo y subsidiado | Bogotá D.C. |
| Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S. “SAVIA SALUD EPS” | EPS régimen subsidiado | Medellín – Antioquia |
| MEDIMAS EPS SAS | EPS régimen contributivo y subsidiado | Bogotá D.C. |
| HOSPITAL REGIONAL SAN ANDRES ESE | ESE | Chiriguaná – Cesar |
| HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SINCELEJO E.S.E. | ESE | Sincelejo - Sucre |

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, informe de gestión, 2017

* 1. **Intervención forzosa administrativa.**

Al finalizar el año 2017, la Supersalud ejercía medidas tendientes a definir la permanencia en el sector o la transformación de las entidades vigiladas hacia el mejoramiento del servicio a los usuarios de manera sostenible y con calidad, en la prestación de los servicios competencia de cada sector, por lo que se encontraban bajo acción o medidaespecial de control.

En la tabla 3, se registran las EPS que continuaban con medida de intervención forzosa administrativa para liquidar a 31 de diciembre de 2017:

**Tabla 3. Entidades en Intervención forzosa administrativa para liquidar.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ENTIDAD | TIPO DE ENTIDAD | CIUDAD SEDE |
| HOSP. DEPTAL SAN FRANCISCO DE ASIS | ESE | Quibdó- Chocó |
| SALUDCOOP EPS OC | EPS Régimen Contributivo | Bogotá D.C |
| ESE FEDERICO LLERAS ACOSTA | ESE | Ibagué- Tolima |
| ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO | ESE | Villavicencio- Meta |
| ESE HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO | ESE | Maicao – La Guajira |
| ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE | ESE | Cartagena - Bolívar |
| ESE HOSPITAL SAN ANDRES DE TUMACO | ESE | Tumaco – Nariño |
| ESE RIO GRANDE DE LA MAGDALENA | ESE | Bolívar - Magangué |

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, informe de gestión, 2017

En cuanto a la competencia de control otorgada a la Superintendencia Nacional de Salud, es preciso indicar que esta se ve reflejada en la posibilidad de imponer sanciones a las entidades vigiladas que incumplan, por acción u omisión, sus deberes como actores dentro del SGSSS.

De la misma manera, se han venido ajustando los procedimientos para el ejercicio de sus funciones de control, lo que ha implicado el desarrollo de una nueva herramienta tecnológica denominada “Sistema de Gestión y Control de las Medidas Especiales - FÉNIX “, orientada en permitir la gestión y seguimiento en línea de los resultados obtenidos por cada entidad en medida especial. Esta herramienta simplifica los procesos de la entidad, fortalece el control a las entidades en medida especial y propende por la transparencia y la lucha contra la corrupción.

En suma, en la vigencia 2017, se impusieron 814 sanciones por valor de $ 26.465.439.516, tal como se describe a continuación:

**Tabla 4. Total sanciones impuestas – año 2017.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE VIGILADO | MOTIVO | No. | MONTO |
| REGIMEN ESPECIAL/EXCEPCION | Prestación de servicios de salud | 9 | $ 365.169.915 |
| Reporte de información | 4 | $ 35.410.416 |
|  | 13 | $ 400.580.331 |
| ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN MUNICIPAL | Prestación de servicios de salud | 11 | $ 179.602.950 |
| Reporte de información | 84 | $ 126.273.677 |
| Flujo de recursos | 10 | $ 55.328.775 |
|  |  | 105 | $ 361.205.402 |
| ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL | Prestación de servicios de salud | 36 | $ 687.552.044 |
| Reporte de información | 28 | $ 332.965.454 |
| Flujo de recursos | 10 | $ 197.480.613 |
|  |  | 74 | $ 1.217.998.111 |
| PERSONAS NATURALES | Reporte de información | 13 | $ 70.083.115 |
| Flujo de recursos | 9 | $ 181.250.839 |
|  | 22 | $ 251.333.954 |
|  | Prestación de servicios de salud | 332 | $ 18.863.775.154 |
| EPS | Reporte de información | 45 | $ 673.818.008 |
| Flujo de recursos | 16 | $ 1.224.295.133 |
|  | 393 | $ 20.761.888.295 |
| OTRAS EAPB | Prestación de servicios de salud | 3 | $ 207.801.704 |
| Reporte de información | 2 | $ 0 |
| Flujo de recursos | 0 |  |
|  |  | 5 | $ 207.801.704 |
| ARL | Prestación de servicios de salud | 1 | $ 2.213.151 |
| Reporte de información | 2 | $ 2.950.868 |
|  | 3 | $ 5.164.019 |
| IPS | Prestación de servicios de salud | 36 | $ 2.121.032.673 |
| Reporte de información | 92 | $ 220.577.359 |
| Flujo de recursos | 34 | $ 142.379.381 |
|  | 162 | $ 2.483.989.413 |
| GENERADORES DE RECURSOS | Reporte de información | 37 | $ 775.478.287 |
| TOTAL | | 814 | 26.465.439.516 |

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, informe de gestión, 2017

El citado informe de gestión revela que por el total de sanciones, por incumplimientos en la prestación de servicios de salud durante el año 2017 se impusieron multas que superaron los $22.427 millones, mientras que las multas por incumplimientos por reporte de información alcanzaron un valor $2.237 millones y por incumplimientos relacionados con el flujo de recursos, multas por $1.800 millones.

La política sancionatoria de la Superintendencia Nacional de Salud está orientada a ejercer control en los temas más relevantes para el funcionamiento del Sistema y que ponen en riesgo la vida y salud de los colombianos como son la prestación de servicios de salud y el flujo de recursos, sin dejar de lado los temas de reporte de información, incumplimiento de instrucciones de la Superintendencia y otro tipo de infracciones.

Las anteriores sanciones dan a entrever los serios incumplimientos y el incorrecto funcionamiento de estos actores de la salud puesto que no garantizan la red de prestación de servicios de salud de baja, media y alta complejidad adecuadamente, desconociendo por un lado los derechos en salud debidamente expuestos anteriormente, y por otro, poniendo en riesgo la integridad física de estos usuarios al no garantizar un servicio oportuno, continuo e integral.

A lo anterior, se suman las observaciones de la Contraloría General de la República, organismo de control que investiga presuntas irregularidades en cuanto a la mala administración en los entes territoriales y apropiación indebida de dineros públicos destinados a la salud de los colombianos. Como ejemplo asegura que más de la mitad de los recursos destinados del Sistema General de Participaciones (SGP), que deberían estar destinados para **salud, se están desviando para temas administrativos y de funcionamiento, no cumpliendo su finalidad.**[[10]](#footnote-10)

Según las encuestas de opinión, la salud ha sido uno de los temas que genera más preocupación entre los colombianos. Las recurrentes negaciones de servicios de salud, las denuncias de “*carteles*” (hemofilia, enfermos mentales, síndrome de Down, SIDA, entre otros), además de hechos de corrupción en todos los niveles de la administración y prestación de servicios, las fallas en el cuidado de la salud de los colombianos, que se evidencian en el deterioro de la oportunidad, la calidad y la eficacia de la atención en salud, más la apelación constante a la tutela y al desacato para acceder a servicios básicos, que en un 65% a 70% están incluidos en el plan de beneficios (Defensoría del Pueblo 2016), la alta insatisfacción con la calidad y cubrimiento situada en el 85% (Gallup octubre 2017) y la falta de legitimidad del sistema de salud, son realidades que están presentes directa o indirectamente en todas las familias colombianas.

No obstante, el abordaje público que se le ha dado al tema, no supera las lógicas circunstanciales, de la espectacularidad del amarillismo mediático, y los análisis meramente descriptivos de la inmediatez de los hechos de vulneración de este derecho; por estas razones, las distintas organizaciones de la sociedad civil que acompañan la construcción del importante documento, presentaron ante la opinión pública, a los diferentes partidos políticos y candidatos presidenciales estas propuestas, que hacen una justa descripción de la situación de la salud en el país, presentan un análisis de las medidas de política pública adoptadas por el actual Gobierno Nacional y, por último, exponen las propuestas para superar la crisis de la salud y garantizarla como un derecho fundamental[[11]](#footnote-11).

1. **MARCO JURÍDICO Y DESARROLLO DEL SGSSS EN COLOMBIA.**
   1. **SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

La Constitución Política de 1991 establece que la seguridad social es un derecho y un servicio público obligatorio y por tal razón está a cargo del Estado quien que debe garantizarlo, de conformidad con lo establecido en el artículo 48, según el cual “*La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”.*

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

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

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

1. Sistema General en Pensiones
2. Sistema General en Salud
3. Sistema General de Riesgos Profesionales y
4. Servicios Sociales Complementarios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* 1. **Marco legal**

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

1. Ley 100 de 1993: “Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral”; Está compuesto por el Sistema de Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales y otros Servicios Complementarios.
2. Ley 715 de 2001: a través de la cual se reforma el sistema de financiación del régimen subsidiado y se deroga la meta de universalización fijada por la ley 100 de 1993.
3. Ley 1122 de 2007: “**por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”** con la que se busca mejorar algunos aspectos del sistema como dirección, control, y vigilancia, la prestación de los servicios de salud, la universalización, financiación y equilibrio del sistema.
4. Ley 1393 de 2010: “**Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones”** por medio de la cual se definen fuentes de recursos para la financiación de la salud y se dictan medidas contra la evasión de aportes.
5. Ley 1164 de 2011: Ley de talento humano en salud.
6. Ley 1438 de 2011: “**Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” en la que** se realizan algunas modificaciones relacionadas con en el principio de eficiencia en la prestación de los servicios salud, a fin de mejorar aspectos como la calidad, atención, acceso al sistema.
7. Ley 1751 de 2015: Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección.
8. Ley 1797 de 2016: establece directrices para el saneamiento de las deudas del sector salud y el mejoramiento del flujo de recursos y de la calidad de la prestación de servicios de salud.

Del honorable Representante a la Cámara,

**JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ**

Representante a la Cámara

**PROYECTO DE LEY NUMERO \_\_ DE 2018**

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

El Congreso de Colombia

**DECRETA:**

**CAPÍTULO I**

**DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1. Objeto.** El objetivo de la presente ley es redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorando las condiciones de acceso de la población, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y seguimiento de los servicios; así como garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del Sistema.

**Artículo 2. Ámbito de la ley.**La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige y coordina, la prestación del servicio de salud, como un derecho fundamental y define los roles de los actores involucrados. Por tanto, aplica a todas las personas residentes en el país, entidades públicas, privadas y mixtas, agentes y demás instituciones que intervengan de manera directa o indirecta, en el servicio público y en la garantía del derecho fundamental a la salud.

**Artículo 3. Principios.** Adiciónese los siguientes numerales al artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011:

**3.22) Prevención.**El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;

**3.23) Integralidad.**El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;

**3.24) Inembargabilidad.** Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, su destinación es la prestación y pago efectivo de los servicios de salud de los afiliados y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente;”.

**Artículo 4. Protección de la salud como derecho y deber.** Toda persona tiene derecho a los beneficios que la presente ley consagra para la protección de la salud y el deber de velar por la preservación, mejoramiento y la recuperación de su salud personal, la de su familia y la de los miembros de su entorno, evitando acciones y omisiones perjudiciales al bienestar de la colectividad.

**CAPÍTULO II**

**ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD**

**Artículo 5. Características generales del Sistema de Salud.** El Sistema de Salud es de carácter nacional, universal, solidario, de financiación mixta con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial, con centralización política, descentralización administrativa y con prestación mixta, público y privada; estructurado sobre una concepción integral de la salud, hacia el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población y la disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.

El Sistema de Salud tendrá las siguientes características:

1. **Rectoría**. El Sistema de Salud estará dirigido, orientado, regulado, supervisado, controlado y vigilado por el Estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. **Afiliación.** Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;
3. **Financiación del Sistema de Salud**. Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial o tributos de destinación específica que se creen para el efecto y por los demás contemplados en la normatividad vigente.
4. **Gestoras Integrales de Salud - GIS**. La afiliación, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas y las actividades de promoción y prevención, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponden a las GIS.
5. **Prestaciones de salud.** El Sistema de Salud garantizará a todos los residentes en el país el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, acorde a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Sistema de Salud garantiza las prestaciones de salud implícitas, financiadas con recursos públicos, a través del aseguramiento social y subsidios a la oferta y a la demanda.
6. **Salud pública**. El Sistema de Salud incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con la presente Ley, las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, 1438 de 2011 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública vigente y en sus planes territoriales.
7. **Atención primaria y complementaria**. El Sistema de Salud garantizará la atención primaria en salud a través de los entes territoriales, prestada por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS preferencialmente de naturaleza pública o mixta, financiada a través de pagos directos desde el ente territorial correspondiente.
8. **Redes de servicios**. De conformidad con el artículo 13 de la Ley Estatuaria en salud 1751 de 2015, el Sistema de salud operará mediante esquemas de integración territorial y redes integrales e integradas de salud -RIISS que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención en los Territorios de Salud que se conformen.
9. **Participación en las decisiones del Sistema de Salud.** Acorde con el artículo 12 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante las GIS e IPS y ante las redes de servicios, teniendo en cuenta la georreferenciación en la atención primaria y la disponibilidad de prestadores de servicios en el territorio.
10. **Plan Maestro de Equipamientos en Salud -PMES**. El Ministerio de Salud y Protección Social, generará los lineamientos que deben tener en cuenta las entidades territoriales para la elaboración de los respectivos PMES avalados por los entes Territoriales respectivos y serán articulados con los planes de desarrollo nacional, departamental y distrital.
11. **Enfoque diferencial**. El Sistema de Salud reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, discapacidad, tercera edad, poblaciones localizadas en zonas dispersas y víctimas de la violencia; por lo cual diseñará rutas de atención integral y preferencial para estas poblaciones de especial protección constitucional.

**Artículo 6**. **Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud**. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá adicionalmente las siguientes características:

1. **Administrador de Recursos Único.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.
2. **No habrá intermediación financiera**. Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente a las IPS o a las redes de servicios establecidas, sin intermediación financiera; así como se girarán con oportunidad los valores correspondientes por gastos de administración a las Gestoras Integrales de Salud - GIS
3. **Flujo de recursos**. A través de la ADRES, se girará a las GIS, el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en la presente ley; así mismo, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados.
4. **Atención Integral.** El Ministerio de salud, como ente rector garantizara la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y velara por la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, mediante la implementación o continuidad de un Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, en el que se garantice la prestación del servicio mediante redes integrales.
5. **Regímenes**. El Sistema de Salud, contará con un Régimen Único, que garantice la universalidad en su afiliación y en el cual se realizaran los reconocimientos económicos definidos en la ley, exclusivamente para quienes coticen al mismo. El Gobierno Nacional reglamentará lo dispuesto en el presente inciso.
6. **Población pobre no asegurada**. La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud. Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de afiliación como excusa para negar la atención a una persona.
7. **Modelos diferenciados**. El Sistema de Salud, dispondrá de modelos diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas; dicho esquema diferenciado incluirá subsidio a la oferta para las Empresas Sociales del Estado pertenecientes a las entidades territoriales.
8. **Subsidio a la oferta**. En los casos de subsidio a la oferta, la ADRES, girará directamente a los hospitales públicos, de acuerdo con los presupuestos globales prospectivos que se establezcan y girará a la entidad territorial lo correspondiente a las actividades de salud pública e intervenciones colectivas, según lo establecido en las normas legales vigentes.
9. **No habrá integración vertical.** Las Gestoras Integrales de Salud – GIS, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus afiliados, lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados.

Las nuevas GIS que se constituyan en el futuro, no podrán tener integración vertical de ningún tipo.

1. **Definición de roles de los agentes del Sistema de Salud**. Cada agente del Sistema deberá conservar su rol acorde a su misión; así, la ADRES, se dedicará a recaudar, administrar y distribuir los recursos a las GIS y a los prestadores de los servicios; las Gestoras Integrales de Salud - GIS, se encargan de garantizar las prestaciones en salud financiadas con recursos públicos y no prestarán servicios directamente; y las RIIS, los hospitales e IPS, según su nivel de complejidad y su papel dentro de las redes integradas, se dedicarán a prestar dichos servicios con calidad, oportunidad y continuidad; los prestadores no asumirán funciones de Gestoras Integrales de Salud – GIS.
2. **Sistema unificado de tarifas**. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un sistema único de tarifas que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.

El Sistema Unificado de Tarifas tendrá estímulos hasta un 5%, sobre la facturación mensual, para las IPS públicas o privadas que sean acreditadas por excelencia y para los hospitales universitarios.

El Sistema Unificado de Tarifas tendrá dentro de los modos de pago, un componente importante ligado al cumplimiento de metas que midan las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Los actores del sistema en ningún caso podrán contratar la prestación del servicio por valores inferiores a los establecidos en el Sistema Unificado de Tarifas.

El Ministerio de Salud, tendrá un (1) año a partir de la aprobación de la presente Ley, para emitir el Sistema Unificado de Tarifas, en todo caso las mismas no podrán ser inferiores a las establecidas en el Manual Tarifario SOAT de la vigencia respectiva y deberá ser actualizado anualmente según el IPC.

1. **Servicios sociales complementarios y de protección social**.Cuando el acceso al servicio de salud dependa de la financiación de los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se prestará la atención médica al paciente, estos gastos estarán cubiertos por el sistema de salud. En el caso de los enfermos que por su estado de salud o la cronicidad de su patología, requieran de un cuidador permanente soportado en orden médica y no dispongan de red familiar, su protección social será cubierta por el sistema de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente Ley.

**Artículo 7. Evaluación del sistema***.* A partir del año 2019, cada cuatro (4) años, el Gobierno Nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:

a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;

b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;

c) El aporte de las tecnologías en salud;

d) La capacidad de la red hospitalaria;

e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;

f) Los resultados de las políticas de salud pública;

g) La inspección, vigilancia y control;

h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;

i) La sostenibilidad financiera;

j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.

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

Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

**CAPITULO III**

**MANEJO UNIFICADO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA**

**Artículo 8. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES cuyo objeto es administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, administrará directamente los procesos de recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema. Los procesos de afiliación podrán realizarse a través de terceros, siempre bajo la dirección de la ADRES.

**Artículo 9. *Funciones de la ADRES.*** Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES tendrá, además de las funciones contempladas en la legislación vigente, las siguientes funciones:

1. Administrar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;
2. Recaudar y administrar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Único de salud y las demás que la ley determine;
3. Ordenar y pagar directamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, previa verificación y aceptación por parte de las Gestoras Integrales de Salud – GIS, de acuerdo al procedimiento descrito en la presente ley.
4. Efectuar los giros directos en nombre de las Gestoras Integrales de Salud – GIS o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;
5. Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;
6. Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;
7. Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;
8. Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.
9. Realizar el proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general previa verificación realizada por los Gestores de Servicios de Salud - GIS.
10. Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

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

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

**Artículo 10. *Recursos que recaudará y administrará.***L*a* Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, recaudará y administrará los siguientes recursos, además de los contemplados en el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 y en las demás normas que lo modifiquen o sustituyan:

1. Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Único o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;
2. Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la Ley o el reglamento.

**Artículo 11. *Destinación de los recursos administrados.***Los recursos administrados se destinarán de conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 y adicionalmente a:

1. Pago por resultado a las Gestores Integrales de Salud – GIS, de conformidad con los criterios establecidos en la presente ley;
2. Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;
3. Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;
4. Administración, funcionamiento y operación de la entidad;
5. Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;
6. Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.

**Parágrafo 1.** Los excedentes financieros que genere la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial y se podrán invertir en la compra progresiva de las instituciones prestadoras de salud que se encuentren integradas.

**Artículo 12. Flujo de recursos.** El flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y se realizara de la siguiente manera:

1. Una vez se preste el servicio de salud o se reciban bienes por parte de las instituciones encargadas, estas deberán presentar ante las Gestoras Integrales de Salud – GIS, la cuenta de cobro o factura respectiva, la cual no podrá exceder los treinta (30) días calendario desde el momento de la prestación efectiva al usuario.
2. Una vez recibida la cuenta de cobro o factura, las Gestoras Integrales de Salud – GIS, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes, visarán y autorizarán el pago por servicios prestados por las IPS públicas, privadas o mixtas o RIIS. En caso de presentarse glosas en este proceso, las mismas deberán ser resueltas en el término señalado en el presente numeral, el cual solo podrá ser ampliado hasta por 10 diez calendario días siguientes al vencimiento del termino inicial.
3. La ADRES, dentro de los veinte (20) días calendario siguientes al recibo de las cuentas de cobro o facturas, girará directamente a las RIIS, a los hospitales públicos y a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, el valor autorizado por parte de la respectiva Gestora Integral de Salud – GIS por los servicios de salud prestados y los bienes entregados.
4. En los ámbitos territoriales con modelos de atención en salud diferenciados, cuyos hospitales funcionen con base en subsidios a la oferta, recibirán el pago por trimestre anticipado, correspondiente a los presupuestos globales prospectivos aprobados, los primeros diez (10) días hábiles de cada trimestre. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta la modulación por resultados de salud del trimestre anterior.
5. En caso de conflicto entre las GIS y una IPS específica o una red de servicios, para efectos del reconocimiento y pago de los servicios prestados y de los bienes entregados, a solicitud de alguna de las partes, intervendrá la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que resolverá las diferencias en un término no superior a 30 días y notificará a la ADRES, para efectos del pago en los siguientes 10 días. La Superintendencia, reglamentará la materia, incluyendo medidas de fondo cuando los conflictos se hagan reiterados por parte de una o varias gestoras integrales de salud o prestadoras del servicio.
6. La ADRES, reconocerá un valor anual el cual se pagara gradualmente dentro de los primeros ocho (8) días hábiles de cada mes a las Gestoras Integrales de Salud - GIS, los pagos correspondientes al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios señalados en la presente ley y los que se establezcan mediante reglamento. Los ajustes correspondientes a novedades no registradas en el momento del pago, se incluirán en la siguiente cuenta.

El primer año de la presente ley se deberá reconocer y pagar a las GIS el 12.5% de la UPC y a partir del segundo año, deberá realizarse de manera proporcional de acuerdo al resultado obtenido en la evaluación de desempeño, sin que este porcentaje exceda el valor del 12.5% la UPC.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.

**Artículo 13. Ajuste y redistribución de riesgo*.*** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre las Gestoras Integrales de Salud – GIS, tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

**CAPITULO IV**

**GESTORAS INTEGRALES DE SALUD**

**Artículo 14**. **Gestoras Integrales de Salud - GIS**. Son las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio de salud a la población residente en el país. Aquellas EPS que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse como Gestoras Integrales de Salud - GIS, previa evaluación de su margen de solvencia, patrimonio mínimo y condiciones de permanencia de parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las EPS actuales que se transformen a GIS, tendrán un plazo de dos (2) años para adecuarse a esta norma, luego del cual las EPS que no se hayan adaptado, procederán a su disolución y liquidación.

En la habilitación, la Superintendencia definirá los territorios en los cuales las GIS podrán operar. La habilitación de las GIS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años.

**Parágrafo**. No habrá integración vertical de las GIS y los Prestadores de Servicios de Salud, salvo en la prestación primaria de servicios. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre GIS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.

**Artículo 15. Funciones de las Gestoras Integrales de Salud – GIS.** Son funciones de las GIS, las siguientes:

a) Afiliación de los usuarios al régimen contributivo o al subsidiado, según corresponda e informar a la ADRES para la actualización de la BDUA.

b) Ejercer las funciones de aseguramiento social en salud, sin ánimo de lucro.

c) Garantizar a sus usuarios las prestaciones en salud establecidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud a ser financiadas con recursos públicos dentro del territorio en la cual está autorizada para operar, así como en todo el territorio nacional cuando se requieran servicios por fuera de ésta, incluida la referencia y contra referencia dentro de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que conformen;

d) Garantizar red de servicios para la cobertura y atención integral de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;

e) Conformar y gestionar la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutividad y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus afiliados;

f) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus afiliados en las fases de identificación, caracterización e intervención;

g) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Redes de Prestadores de Servicios de Salud en los territorios autorizados para operar y con los Prestadores de Servicios de Salud especial por fuera de éstas. Los contratos deben cumplir con las condiciones que fije el Ministerio de Salud y Protección Social;

h) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en los territorios donde operen;

i) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y autorizar los giros directos desde la ADRES a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;

j) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos de los territorios donde operen;

k) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestadores de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;

l) Entregar información a la Superintendencia Nacional de Salud, a la ADRES y al Ministerio sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;

m) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud.

n) Gestionar y hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestadores de Servicios de Salud;

o) Cumplir con las condiciones de habilitación y de permanencia de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones, según las normas legales vigentes, ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia financiera;

p) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su Red;

q) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud;

r) Tramitar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES.

s) Las demás que se establezcan en la Ley.

**Artículo 16. Ingresos de las Gestoras Integrales de Salud - GIS**. Las Gestoras Integrales de Salud – GIS tendrán como ingreso exclusivo el pago que realice la ADRES por concepto de pago por resultados de conformidad con los criterios definidos en la presente ley, sin exceder el 12.5% de la UPC, actualizada anualmente según el IPC.

**Parágrafo.** Cupo o capacidad de Contratación. La ADRES, establecerá para cada GIS, un cupo o capacidad de contratación de las IPS y redes de salud que se contraten para garantizar las prestaciones de salud implícitas según lo definido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

**Artículo 17. Cuotas moderadoras y copagos.** Los afiliados y beneficiarios del Sistema, no estarán sujetos a pagos de cuotas moderadoras o deducibles de que trata el artículo 187 de la ley 100 de 1993, salvo cuando se trate de servicios considerados puerta de entrada del sistema de salud, los cuales se cobraran exclusivamente a las personas con capacidad de pago de conformidad con el artículo 157 de la ley 100 de 1993. Estos valores no podrán exceder del 1% del valor total de la factura y serán recaudados por la IPS que presten el servicio y formarán parte anticipada de los pagos correspondientes. El monto de estos cobros, será descontado en el momento del pago respectivo a la IPS o red de servicios, por parte de la ADRES.

**Artículo 18. Sistema de pago por resultado.** El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por resultado que incentive a las Gestores Integrales de Salud – GIS a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.

Para el cumplimiento de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología con el fin de lograr la implementación progresiva del sistema y deberá ceñirse a los siguientes indicadores, los cuales serán valorados equitativamente al momento de realizar el pago a la GIS:

1. Satisfacción al usuario
2. Programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud
3. Ejecución de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
4. Creación de guías de atención según el modelo de APS
5. Índice de fallos de tutela en contra
6. Oportunidad en la prestación del servicio
7. Oportunidad en la entrega de medicamentos
8. Oportunidad en la toma de exámenes para clínicos e imágenes diagnosticas
9. Inicio de tratamientos después de la orden medica
10. Adherencia a los programas de enfermedades crónicas
11. Creación e implementación de programas de seguimiento y control a las enfermedades de salud publica
12. Implementación del modelo de atención diferenciada
13. Gestión en trámites administrativos
14. Respeto a la autonomía profesional
15. Riesgo

Los anteriores indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.

El Gobierno Nacional reglamentara el pago por resultados descrito en el presente artículo, para lo cual solicitara el acompañamiento de las universidades públicas y deberá crear un formulario de evaluación el cual arrojara un resultado porcentual sobre cada uno de los indicadores señalados en el presente artículo y que servirá de insumo para calcular el valor a pagar a las GIS por el resultado obtenido, el cual será equivalente o proporcional al 12.5% de la UPC, según el resultado y sin exceder dicho porcentaje.

**CAPITULO V**

**DISPOSICIONES FINALES**

**Artículo 19. Plazo para la implementación de la ley.** La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

**Artículo 20. Transición del sistema*.*** Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestoras Integrales de Salud - GIS de conformidad con lo dispuesto en la presente ley.

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

El Gobierno Nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, y deberá garantizar la prestación y continuidad de los servicios médicos y especializados, así como los tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestora Integral de Salud – GIS en el nivel de especialidad que se encuentren.

**Artículo 21. Vigencias y derogatorias.**La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Del honorable Representante a la Cámara,

**JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ**

Representante a la Cámara

1. Vigésimo primer informe del Defensor del Pueblo al Congreso de la República. Bogotá DC, 2014. [↑](#footnote-ref-1)
2. OMS/OPS. La salud en todas las políticas. Consultado: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=441&Itemid=72250&lang=es> [↑](#footnote-ref-2)
3. Proyecto de ley número 233/2013 Senado. Exposición de motivos. Honorables Senadores Gloria Inés Ramírez, Luis Carlos Avellaneda, Juan M. Galán, Alexander López, Parmenio Cuéllar y otros. [↑](#footnote-ref-3)
4. <https://www.colegiomedicocolombiano.org/index.php/periodico-cmc/comunicados/item/97-comunicado-prensa-salida-crisis-salud-colombia>. Bogotá, 2017. [↑](#footnote-ref-4)
5. Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Res. 083, febrero/2018. [↑](#footnote-ref-5)
6. Alejandro Gaviria, Ministro de Salud. Entrevista Revista Dinero. Diciembre de 2016. <https://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/articulo/entrevista-de-dinero-al-ministro-de-salud-alejandro-gaviria/223565> [↑](#footnote-ref-6)
7. El país tendría mínimo 10 años más de déficit en salud: ACEMI. Portafolio, enero 21 de 2018. [↑](#footnote-ref-7)
8. https://www.dinero.com/pais/articulo/eps-con-mayores-deudas-segun-clinicas-y-hospitales-achc/253825 [↑](#footnote-ref-8)
9. Superintendencia Nacional de Salud, informe de gestión, 2017 [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co) [↑](#footnote-ref-9)
10. Mitad de los recursos destinados a salud se gastan en asuntos administrativos, 2017. En: http://caracol.com.co/radio/2017/04/21/nacional/1492799392\_728450.html [↑](#footnote-ref-10)
11. <https://www.colegiomedicocolombiano.org/index.php/periodico-cmc/comunicados/item/97-comunicado-prensa-salida-crisis-salud-colombia>. Bogotá, 2017. [↑](#footnote-ref-11)