

PROYECTO DE LEY 52

“Por el cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los Artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política”.

CAPITULO I ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Artículo 1-. Competencias de los Departamentos.

Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la Ley y en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 43 de la Ley 715 de 2001, los departamentos tendrán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la función de organizar y administrar el Registro Especial de Redes de Servicios, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

Artículo 2-. Competencias de los Municipios y Distritos.

Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la Ley y en concordancia con lo dispuesto en los Artículos 44 y 45 de la Ley 715 de 2001, los municipios y distritos tendrán las siguientes funciones:

- 2.1. Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos de su propiedad que se les asignen para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en virtud de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política en los términos establecidos en la presente Ley.
- 2.2. Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos que le asigne el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS, para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2.3. Convocar a los beneficiarios del subsidio al proceso de selección y afiliación en las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado y su red de servicios y difundir los listados de las personas beneficiarias de la Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud, en su jurisdicción.
- 2.4. Difundir públicamente los resultados de la selección realizada por la población de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado y remitir el listado correspondiente al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.
- 2.5. Ordenar al Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS la suscripción de los contratos para el aseguramiento en el Nuevo Régimen Subsidiado en los términos establecidos en la presente Ley. Dicha orden se entiende impartida con la remisión del listado de beneficiarios de los subsidios al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Artículo 3-. Entidades Promotoras de Salud.

Se podrán habilitar para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Nuevo Régimen Subsidiado las Cajas de Compensación Familiar, entidades públicas y entidades sin ánimo de lucro que cumplan con los requisitos del Sistema Único de Habilitación.

Lo anterior sin perjuicio de que otras entidades que administran los subsidios en salud a la vigencia de la presente Ley, también participen en el Nuevo Régimen Subsidiado si cumplen con los requisitos de habilitación establecidos por el Gobierno Nacional.

Artículo 4-. Contratación con las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado contratarán no menos del cincuenta por ciento (50%) de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada con Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud organizadas en las redes de que trata el Artículo 54 de la Ley 715 de 2001. Estas instituciones deberán demostrar su sostenibilidad financiera.

Artículo 5-. Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Créase el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS como una cuenta sin personería jurídica y sin planta de personal propia, que administrará mediante fiducia mercantil, entre otros, los recursos de propiedad de las entidades territoriales que se destinan a la financiación de la afiliación de la población al Nuevo Régimen Subsidiado.

Para su operación estará adscrito al Ministerio de la Protección Social. En todo caso, la entidad fiduciaria será la responsable de la administración de los recursos.

Artículo 6-. Estructura del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, es una cuenta que tendrá una subcuenta global denominada subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado y tantas subcuentas individuales como entidades territoriales existan en el país que reciben transferencias de la Nación para subsidios a la demanda en salud de conformidad con los artículos 356 y 357 de la Constitución Política.

A la subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado ingresarán los recursos de que trata el Artículo 8 de la presente Ley que no se encuentren distribuidos a las entidades territoriales.

A las subcuentas individuales ingresarán los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a la financiación de subsidios a la demanda distribuidos por el CONPES, los demás recursos de las entidades territoriales que les sean distribuidos y los recursos de la subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS que les sean asignados a las entidades territoriales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Podrán igualmente ingresar al Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS los recursos propios de las entidades territoriales que éstas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre, conforme a lo previsto en la presente Ley.

Parágrafo 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a la financiación del aseguramiento en el Nuevo Régimen Subsidiado, para su transferencia, se presupuestarán directamente en el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS y se girarán en los plazos señalados en la Ley 715 de 2001.

Parágrafo 2. La Subcuenta de Solidaridad, del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA pasará al Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, exceptuando los recursos provenientes del Impuesto Social a las Armas, de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, los cuales a partir de la vigencia de la presente Ley harán parte de la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

Artículo 7-. Funciones del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, tendrá las siguientes funciones:

- 7.1. Recibir, por cuenta y nombre de las entidades territoriales, los recursos del Sistema General de Participaciones para salud que financian los subsidios a la demanda y otros recursos destinados al mismo fin.
- 7.2. Recaudar los recursos de que tratan los numerales 8.1, 8.2, 8.3 y 8.5 del artículo 8 de la presente Ley.
- 7.3. Registrar financiera y contablemente en la subcuenta individual de cada entidad territorial los recursos del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS discriminando por fuente y uso.
- 7.4. Celebrar los contratos de aseguramiento con las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, atendiendo el mandato de las entidades territoriales, el cual se entenderá otorgado al remitir el listado de la población de su jurisdicción que ha solicitado ser afiliada a la respectiva Entidad Promotora de Salud.
- 7.5. Efectuar los pagos de los contratos de aseguramiento.
- 7.6. Compilar y hacer pública la información sobre la selección de Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado por parte de la población, con su correspondiente red de prestadores suministrada por los entes territoriales.
- 7.7. Publicar el monto de los recursos asignados a cada entidad territorial y el resultado de las contrataciones realizadas para el aseguramiento de la población pobre en cada jurisdicción.
- 7.8. Celebrar los contratos de interventoría para el control y vigilancia de los recursos y la prestación de los servicios en la ejecución de los contratos firmados entre el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS, y las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.
- 7.9. Las demás que sean necesarias para cumplir su objeto y aquellas que le sean atribuidas por el reglamento.

Artículo 8-. Financiación de la Cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Harán parte de la cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, los siguientes recursos:

- 8.1. Un punto (1.00) de la cotización obligatoria que deben aportar los afiliados al Régimen Contributivo y los regímenes exceptuados, como solidaridad con los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado.
- 8.2. El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
- 8.3. Un aporte anual del Presupuesto Nacional, equivalente al monto total de la transferencia efectiva para la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA incluida en el presupuesto nacional del año 2004 en pesos constantes.
- 8.4. Los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda, de conformidad con lo establecido en la presente Ley.

- 8.5. Un porcentaje de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que conforme a la Ley 643 de 2001 explota y distribuye a los municipios la Empresa Territorial para la Salud – ETESA, que se hayan destinado al aseguramiento en salud a la vigencia de la presente Ley.
- 8.6. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Artículo 9-. De los Recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.

Los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud se destinarán a los siguientes componentes:

- 9.1. El setenta y cuatro punto doce por ciento (74.12%) del total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud y el crecimiento real del Sistema General de Participaciones para salud, se destinarán a cofinanciar los subsidios a la demanda para la atención de la población pobre que no está afiliada al Régimen Contributivo o a los regímenes especiales o exceptuados y se girarán al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.
- 9.2. Acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social, en el monto establecido en el Artículo 52 de la Ley 715 de 2001.
- 9.3. Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Se tomará el total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud en la respectiva vigencia y se le restarán los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda en el numeral 9.1, y los recursos destinados a financiar acciones de salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. Los recursos a los que se refiere el numeral 9.1 y el numeral 9.3, en lo relativo a los aportes patronales de que trata el artículo 58 de la Ley 715 de 2001, se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales.

Artículo 10-. Distribución de los Sistema General de Participaciones para Salud Destinados a la Financiación de los Subsidios en Salud.

Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a financiar los subsidios a la demanda se distribuirán por el CONPES dividiendo el monto de los recursos disponibles entre el número de personas pobres en el país, no afiliadas al Régimen Contributivo y a los regímenes exceptuados, identificadas y seleccionadas en cada municipio de acuerdo con el sistema de identificación de beneficiarios que señale el CONPES.

En la subcuenta individual de cada entidad territorial se registrará una suma igual al número de personas pobres no afiliadas al Régimen Contributivo y a los regímenes exceptuados, identificadas y seleccionadas de acuerdo con el sistema de identificación de beneficiarios que señale el CONPES, multiplicado por el valor per cápita obtenido conforme a la operación definida en el inciso anterior.

Aprobado el monto del Sistema General de Participaciones para una vigencia fiscal y antes de que se inicien los términos para la presentación de los presupuestos en las entidades territoriales, se deberá celebrar el CONPES mediante el cual se distribuyen los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a financiar los subsidios a la demanda.

Los recursos de que trata el presente artículo, una vez distribuidos, se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales.

Artículo 11-. Distribución de los Recursos No Distribuidos del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Los recursos de la subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS destinados a cofinanciar los subsidios a la demanda para la atención a la población pobre distintos a los señalados en el artículo anterior, serán distribuidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las entidades territoriales de acuerdo con sus necesidades de cofinanciación atendiendo el valor de los subsidios totales o parciales por entregar a la población por atender y la existencia de otras fuentes de cofinanciación.

Artículo 12-. Otros Recursos Destinados a la Financiación de los Subsidios a la Demanda.

Las entidades territoriales que a la vigencia de la presente Ley hubieren ampliado cobertura de la población pobre no cubierta por el Régimen Contributivo o los regímenes exceptuados mediante subsidios a la demanda, con recursos que les hubiere distribuido la Empresa Territorial para la Salud – ETESA, mantendrán dicha financiación en términos constantes para garantizar su continuidad.

Dichos recursos deberán ser girados a la Cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS y contablemente registrados en la correspondiente subcuenta territorial dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente a su recaudo.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS deberá recibir el giro directo de las rentas de que trata el presente artículo por parte de la entidad responsable del recaudo y distribución de las mismas, conforme lo señale el reglamento.

Artículo 13-. Creación del Nuevo Régimen Subsidiado.

Crease el Nuevo Régimen Subsidiado que tendrá como propósito alcanzar la cobertura universal de aseguramiento en salud, y organizar la prestación de los servicios contenidos en el plan de beneficios del Nuevo Régimen Subsidiado de las personas pobres no cubiertas por el Régimen Contributivo y los regímenes exceptuados. Su operación será regional.

Artículo 14-. Beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado.

Serán beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado todas las personas pobres del país en las áreas rural y urbana, no afiliados al Régimen Contributivo ni a los regímenes exceptuados, identificadas y seleccionadas mediante el instrumento que defina el CONPES como elegibles para recibir subsidios en salud. Los beneficiarios deberán estar identificados con cédula de ciudadanía o registro civil de nacimiento. Para aquellas personas que por sus condiciones especiales no cuenten con documento de identidad se les podrá considerar como elegibles mediante el mecanismo que señale el reglamento.

Las entidades territoriales tienen la responsabilidad de actualizar permanentemente la base de datos de las personas identificadas mediante el instrumento que defina el CONPES como elegibles para recibir subsidios en salud totales o parciales en su territorio.

Artículo 15-. Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud.

Para la implantación del Nuevo Régimen Subsidiado, el Gobierno Nacional expedirá en el año 2005, una Tarjeta de Registro por cada persona pobre del país en las áreas rural y urbana, identificada y seleccionada mediante el instrumento que defina el CONPES como elegible para recibir subsidios en salud, el cual le otorga el derecho a su afiliación.

La Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud será expedida por una sola vez a nombre de la persona, será intransferible, no es negociable y tendrá la vigencia que señale el reglamento.

Existirán dos tipos de Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud. La primera, dirigida a individuos elegibles para recibir un subsidio total equivalente a la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado.

La segunda, dirigida a aquellos individuos elegibles para recibir un subsidio parcial, de acuerdo al nivel de pobreza en el que se encuentren clasificados según el instrumento de identificación definido por el CONPES. Este subsidio parcial podrá ser utilizado para completar la financiación del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado o para completar el valor de la cotización del Régimen Contributivo; en ambos casos el beneficiario deberá cancelar un monto adicional en dinero, en las condiciones y plazos que se establezcan. El valor del subsidio parcial será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS solo dará inicio a los pagos de la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado una vez recibida la Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud. En el caso de subsidios parciales que se hayan utilizado para la afiliación al Régimen Contributivo el respectivo subsidio se comenzará a cancelar igualmente contra la mencionada Tarjeta.

Parágrafo. Las asociaciones y agremiaciones podrán desarrollar programas para contribuir al financiamiento de los subsidios parciales en las condiciones que señale el reglamento.

Artículo 16-. Afiliación al Nuevo Régimen Subsidiado.

La afiliación se realiza mediante el canje de la Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud por el carné expedido por la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, mediante el cual se garantiza que el beneficiario escogió libremente la Entidad Promotora de Salud y que podrá hacer uso de la red de prestadores de servicios que deberá ser conocida previamente por el beneficiario.

Se tendrán que incorporar a la base de datos de la entidad territorial, todos los recién nacidos vivos durante el respectivo mes, quienes quedarán automáticamente afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud registrados en la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado en la cual se encuentra afiliada su progenitora.

La Entidad Promotora de Salud promoverá los procesos de registro de los recién nacidos para facilitar su identificación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La población pobre que no tenga una residencia permanente, accederá al Nuevo Régimen Subsidiado de acuerdo con la reglamentación que expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La selección hecha por el padre o la madre se aplica a todo el núcleo familiar, los miembros de un núcleo familiar deberán estar afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud.

El Gobierno Nacional podrá establecer que la identificación de los beneficiarios se realice haciendo uso de los mecanismos tecnológicos disponibles, con cargo a los costos de administración del sistema.

Artículo 17-. CANCELACIÓN DE LA AFILIACIÓN AL NUEVO RÉGIMEN SUBSIDIADO.

La afiliación al Nuevo Régimen Subsidiado se mantendrá, siempre que se cumplan las condiciones para ser considerado como beneficiario en los términos del Artículo 14 de la presente Ley y, sólo habrá lugar a la cancelación de la misma, cuando el beneficiario fallezca.

Las Entidades Promotoras de Salud, los notarios y las entidades que por razón de su competencia tengan conocimiento de fallecimientos, deberán informar a los distritos, municipios y los nuevos departamentos responsables de la afiliación en sus corregimientos departamentales las defunciones registradas durante el último mes, en su respectiva jurisdicción. Las Entidades Territoriales excluirán de la base de datos a estas personas y entregarán esta información al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS y a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado para que éstas procedan a cancelar su afiliación.

El cobro de la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado por personas fallecidas configura apropiación indebida de recursos públicos.

Artículo 18-. ADMINISTRACIÓN REGIONAL Y SELECCIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL NUEVO RÉGIMEN SUBSIDIADO.

La selección de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado se hará mediante la libre elección de los beneficiarios en cada municipio conforme a las siguientes reglas:

- 18.1. El Gobierno Nacional definirá las condiciones de operación regional de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.
- 18.2. Cada tres (3) años el Ministerio de la Protección Social, mediante licitación pública adjudicada en audiencia pública, escogerá en cada una de las regiones previamente definidas, el número plural de Entidades Promotoras de Salud habilitadas a las que se podrán afiliar los beneficiarios del Sistema y con las cuales se contratará el aseguramiento del Nuevo Régimen Subsidiado si los beneficiarios las seleccionan.
- 18.3. La selección de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado se hará mediante el proceso de afiliación previsto en el artículo 16 de la presente Ley.

Parágrafo. La licitación pública prevista en el presente artículo incluirá como uno de los criterios de selección la conformación de la red de prestadores con las cuales las Entidades Promotoras de Salud contratarán los servicios contenidos en el Plan de Beneficios del Nuevo Régimen Subsidiado.

Artículo 19- Traslado de Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.

Los afiliados al Nuevo Régimen Subsidiado se podrán trasladar de Entidad Promotora de Salud, después de un (1) año contado desde su afiliación o último traslado.

Cuando una Entidad Promotora de Salud deje de prestar el servicio en una región, los carnés vigentes expedidos por ella podrán ser usados para obtener un nuevo carné con una Entidad Promotora de Salud entre las escogidas para prestar el servicio de salud en la respectiva región.

Artículo 20- Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.

Cada Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, que haya sido escogida para prestar servicios en una región, si los beneficiarios la seleccionan, suscribirá un contrato con el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS con el objeto de prestar el Plan de Beneficios.

Artículo 21- Flujo de los Recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, con cargo a las subcuentas individuales de las entidades territoriales de la Subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado, girará directamente y en forma mensual a la Entidad Promotora de Salud, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada de los beneficiarios que la hayan escogido.

Igualmente, el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS girará a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado el valor correspondiente a los subsidios parciales, conforme lo establezca el reglamento.

Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado tendrán un periodo máximo para revisar la facturación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y deberán pagar en los plazos que señale el reglamento.

Las entidades territoriales registrarán como giros sin situación de fondos los recursos que el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS gire a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado con cargo a las subcuentas individuales por los afiliados de su jurisdicción.

CAPITULO II RÉGIMEN DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA

Artículo 22-. Concepto de Salud Pública.

La Salud Pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de las acciones dirigidas a la colectividad, las intervenciones dirigidas al individuo, y la vigilancia y control de los factores de riesgo que afectan la salud humana presentes en el ambiente, bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad.

Artículo 23-. Plan de Salud Pública Colectiva.

El Plan de Salud Pública Colectiva es el conjunto de intervenciones que complementan las acciones individuales de prevención y promoción incluidas en los planes de beneficios. Incluye intervenciones que se dirigen a la colectividad, intervenciones individuales que tienen externalidades e intervenciones necesarias para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales en salud pública y que no corresponden a prestaciones.

El Plan de Salud Pública Colectiva reemplaza el Plan de Atención Básica de que trata el Artículo 165 de la Ley 100 de 1993 y su contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social de acuerdo a las prioridades en salud pública y de manera que complemente las acciones de los planes individuales y las intervenciones de otros sectores que afectan la salud tales como las desarrolladas por los programas de saneamiento ambiental, educación y comunicaciones.

El Ministerio de la Protección Social se encargará de establecer las prioridades y políticas del Plan de Salud Pública Colectiva. El Instituto Nacional de Salud, dentro de sus funciones, brindará el apoyo técnico para definir las acciones por incluirse en dicho plan.

Para efectos de la financiación del Plan de Salud Pública Colectiva y de las acciones de vigilancia y control de los factores de riesgo que afectan la salud humana presentes en el ambiente, se dispondrá de los recursos destinados por el Artículo 52 de la Ley 715 de 2001 y de los aportes que a la vigencia de la presente Ley se destinan del Presupuesto Nacional a las acciones de salud pública.

Artículo 24-. Acciones de Promoción y Prevención del Nuevo Régimen Subsidiado.

La totalidad de las acciones de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado serán responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado y se ejecutarán con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado.

CAPITULO III ORGANIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 25-. Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, incluidas las Empresas Sociales del Estado, son entidades del orden territorial, con las excepciones que señale la Ley.

Estas entidades deberán cumplir con las siguientes características:

- 25.1. El objeto de la entidad debe ser la prestación de servicios de salud.
- 25.2. La Junta Directiva se integrará con la participación de representantes de las entidades territoriales, los profesionales de la salud y los usuarios, en la forma que señale el reglamento.
- 25.3. Los Gerentes serán nombrados por periodos que coincidan con los de la elección popular del jefe de la administración de la entidad territorial, pero podrán ser removidos por la Junta Directiva en cualquier tiempo, en la forma que señale el reglamento.
- 25.4. Los servidores de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales de conformidad con lo señalado en el artículo 26 de la Ley 10 de 1990.
- 25.5. En materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública.
- 25.6. Podrán desarrollar su objeto social mediante contratación con terceros, convenios con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos.
- 25.7. Para efectos de tributos nacionales se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Artículo 26- Condiciones Para la Creación de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Las nuevas Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud para entrar en funcionamiento deberán contar con el concepto técnico de viabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Para aprobar su creación, el respectivo ente territorial deberá acreditar que cuenta con recursos propios de libre disposición suficientes para garantizar las inversiones que se requieran, de acuerdo con los estudios de factibilidad aprobados por el Ministerio de la Protección Social y acreditar el cumplimiento de los parámetros financieros establecidos para las entidades territoriales en las Leyes 617 de 2000 y 819 de 2003. Se deberá igualmente acreditar por parte del ente territorial la disponibilidad de ingresos de libre destinación para garantizar la operación de la Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud.

Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud podrán ser del orden departamental, distrital o municipal y podrán constituirse en Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud con la participación de dos o más entidades territoriales.

La creación de una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud incumpliendo las disposiciones señaladas en el presente artículo implicará que la respectiva entidad territorial incumple los límites establecidos por la Ley 617 de 2000 y por esta causa la entidad territorial quedará sometida a las restricciones allí señaladas. Lo anterior sin perjuicio de las sanciones disciplinarias y, fiscales para los servidores públicos que la incumplan. La violación de esta disposición configura el delito que tipifica la violación de la Ley por parte de servidores públicos.

Artículo 27- Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Se entiende que una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud es sostenible financieramente cuando sus ingresos operacionales cubren la totalidad de sus gastos.

27.1 Para efectos de la presente Ley, son ingresos operacionales de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud los ingresos por venta de servicios.

27.2. Para efectos de la presente Ley, los gastos de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud están constituidos por los gastos operacionales, los gastos administrativos, insumos y medicamentos, y demás gastos asociados a la prestación de servicios.

Artículo 28- Programa de Ajuste para las Instituciones Publicas Prestadoras de Servicios de Salud.

La Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud que no sea sostenible en los términos del artículo anterior durante dos (2) vigencias fiscales consecutivas, adoptará para la vigencia siguiente un programa de ajuste que garantice su sostenibilidad en dicha vigencia.

Sin perjuicio de las competencias de la Nación, la respectiva entidad territorial será la responsable del seguimiento y evaluación del programa de ajuste de la Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud.

Artículo 29-. Efecto de la No Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Cuando al final del programa de ajuste una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud no sea sostenible, se presume de pleno derecho que no es viable y debe liquidarse.

Artículo 30-. Restricción al Apoyo Financiero a las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

La Nación y las entidades territoriales no podrán otorgar apoyos financieros directos o indirectos, o celebrar contratos con Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que no cumplan con las disposiciones de la presente Ley. En consecuencia, a ellas no se les podrán prestar recursos de la Nación o de las entidades territoriales, cofinanciar proyectos, o transferir cualquier clase de recursos. Tampoco podrán acceder a nuevos recursos de crédito y las garantías que se otorguen no tendrán efecto jurídico, excepto para lo previsto en casos de liquidación.

**CAPITULO IV
DISPOSICIONES FINALES**

Artículo 31-. Pensiones de Jubilación de las Empresas Sociales del Estado Escindidas del Instituto de Seguros Sociales.

Las pensiones de jubilación causadas entre el 26 de junio de 2003 y el 31 de octubre del 2004 en las Empresas Sociales del Estado escindidas del Instituto de Seguros Sociales serán reconocidas, liquidadas y pagadas por el Instituto de los Seguros Sociales y la respectiva Empresa Social del Estado concurrirá con la cuota parte correspondiente.

Artículo 32- Derogaciones.

Derogase el Artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el numeral 2.3. del Artículo 44, el inciso segundo del Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Artículo 33- Vigencia.

La presente Ley rige a partir de su sanción y publicación en el diario oficial.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS PROYECTO DE LEY

“Por el cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los Artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política”.

Principios Orientadores

El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, regulado por la Ley 100 de 1993, con fundamento en los derechos y deberes de los ciudadanos consagrados en la Constitución Política.

El Artículo 48 de la Carta establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, de tal manera que el Estado, con la participación de los particulares, amplíe progresivamente la cobertura de la Seguridad Social.

La Constitución también señala en el Artículo 49, que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, como servicio público a cargo del Estado, el cual lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados. Los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Conforme al preámbulo de la Ley 100 de 1993, la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El Artículo 162 de la Ley 100 de 1993 establece que “El Sistema General de Seguridad Social en Salud creará las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001”.

De igual manera, al reconocer a Colombia como un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria y descentralizada, la Carta faculta la autonomía de sus entidades territoriales, pero al mismo tiempo en su Artículo 356 determina que la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación, de los Departamentos, Distritos, y Municipios y crea el Sistema General de Participaciones para efecto de atender los servicios a cargo de éstos últimos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación. Adicionalmente, autoriza al Gobierno para reglamentar los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos, y Municipios, de acuerdo con las competencias que le asigne a cada una de estas entidades.

En lo relativo a la prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el Artículo 185 de la Ley 100 de 1993 definió que éstas deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

Exposición de Motivos

Cobertura del Aseguramiento

Desde 1993 con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, ha habido un considerable avance en los índices de cobertura de aseguramiento; cálculos del Ministerio de la Protección Social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2003¹, indican que aproximadamente el 62% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, de la cual 39% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 23% al Régimen Subsidiado. Sin embargo, es preocupante que alrededor del 38% de la población, aproximadamente 16 millones de personas, no se encuentra asegurada en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que casi la mitad de los no asegurados son personas de los niveles más pobres.

Las consecuencias sociales de la falta de cobertura de aseguramiento han sido evaluadas en forma exhaustiva. Se ha encontrado que los problemas asociados a la falta de un seguro de salud no se limitan a los costos económicos ocasionados por un pobre estado de salud y sus consecuencias sobre el estado funcional y desarrollo de niños y adultos, sino que incluyen el impacto sobre la estabilidad económica y el bienestar psicosocial de las familias, además de las externalidades negativas sobre las instituciones, la economía local y la salud de la población que se generan en comunidades donde hay un gran número de individuos no asegurados². Esta evidencia soporta el planteamiento de que los principales esfuerzos del Gobierno Nacional se deben continuar dirigiendo a reducir el número de colombianos sin seguro de salud y lograr la cobertura universal, con particular énfasis en la población más pobre y vulnerable.

Además del riesgo financiero y de las barreras al acceso a los servicios de salud que implica la falta de un seguro para la población, no haber logrado la cobertura universal también genera grandes ineficiencias en el funcionamiento del SGSSS. Primero, existe un sistema dual de subsidios a la oferta y a la demanda donde las responsabilidades de atención de la población son confusas y encontradas, que dificulta la planeación, gestión y vigilancia de los recursos lo cual implica una operación más costosa, y que genera inequidades en el acceso a los servicios de salud. Segundo, conlleva a que el esquema de aseguramiento existente opere en condiciones subóptimas, ya que con el aseguramiento universal se podría obtener una mejor dispersión del riesgo en salud y del riesgo financiero, se reduciría el problema de selección adversa, y sería más claro que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población.

En los últimos 2 años se ha ampliado la cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado en aproximadamente 1.3 millones de personas, y se espera poder haber afiliado casi 3.5 millones de las personas más pobres para el 2006. Estos avances se han obtenido gracias al incremento de los recursos disponibles para subsidios a la demanda resultantes de transformación de subsidios de oferta, de una mejor gestión de las fuentes de financiamiento existentes, (por ejemplo: un mayor recaudo de los dineros provenientes de juegos y azar) y de esfuerzos por depurar las bases de datos de afiliación lo cual ha permitido identificar un gran número de cupos disponibles.

Sin embargo, con esta tendencia de crecimiento en la afiliación la meta de cobertura universal en el Régimen Subsidiado podría tardar casi 10 años. Por las razones expuestas anteriormente se considera que el costo social

¹ Para estimar la población afiliada al SGSSS y la población objeto de subsidios en salud se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2003 (ENCV 2003).

² Consequences of Uninsurance. 2003. Hidden Costs, Values Lost Uninsurance in America. Washington D.C. The National Academies Press

Committee on the Consequences of Uninsurance. 2002. Health Insurance Is a Family Matter. Washington D.C. The National Academies Press, que incluyen revisiones de estudios observacionales y cuasi-experimentales de la relación aseguramiento-salud en los E.U.: ³ Estas afirmaciones se documentan en las siguientes fuentes:

y económico de continuar con la actual tendencia es grande, y se requiere la implementación de cambios legales a la organización y financiamiento del Régimen Subsidiado para cumplir con el mandato constitucional de universalidad.

Financiamiento y Gestión de los Recursos en el Régimen Subsidiado

La actual estructura de financiación de los subsidios a la demanda contempla diversas fuentes de ingreso, tales como el punto de cotización del Régimen Contributivo, los aportes del presupuesto nacional, los aportes de las Cajas de Compensación Familiar, los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda, y otros recursos tales como los rendimientos financieros, excedentes de contratación, multas y reintegros. Por otro lado están los recursos para la financiación de la oferta pública, que incluyen dineros del Sistema General de Participaciones para oferta y recursos de rentas cedidas destinados a la salud.

Esta estructura de financiamiento con múltiples fuentes dispersas lleva a que los procesos de contratación y pago de servicios del Régimen Subsidiado requieran de un gran número de trámites, lo cual promueve retrasos en el flujo de los recursos, dificulta la vigilancia y el control del uso de los recursos y crea espacios para la corrupción. Adicionalmente, la separación de los recursos en componentes para financiar la oferta y la demanda, dificulta su gestión e incrementa los costos administrativos que debe asumir el país. Por lo tanto, una importante proporción de los dineros para el Régimen Subsidiado se desvía hacia usos diferentes de atención de las personas, lo cual va en detrimento de la oportunidad y calidad de los servicios de salud prestados a la población.

Selección y Contratación de Entidades Aseguradoras en el Régimen Subsidiado

En las condiciones actuales de operación del Sistema existe un gran número de Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS, dispersas en el territorio nacional, que manejan pequeños grupos de riesgo en salud y de riesgo financiero. Esta forma de organización no permite el aprovechamiento de economías de escala en la operación e incrementa los costos administrativos de estas entidades. De igual manera, la capacidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS para constituirse en compradores inteligentes para sus afiliados debe lograr que se vinculen a la red de prestadores aquellos de mayor calidad y con mejores resultados para beneficio esencial de su población asegurada.

Adicional a ello, las entidades aseguradoras no enfrentan presión por parte de los usuarios para mejorar la calidad de los servicios pues no se cumple a plenitud el Artículo 153 de la Ley 100 que asegura a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Las restricciones para que el usuario ejerza plenamente este derecho son de diversa índole, pero quizá una de las más importantes ha sido el desconocimiento por parte de la población de sus derechos y deberes en el SGSSS, situación que favorece que las entidades territoriales adelanten la contratación de entidades aseguradoras sin tener en cuenta las preferencias de los usuarios³.

³ Estas afirmaciones se documentan en las siguientes fuentes:

Baquero, H., G. Carrasquilla, G. Guerrero, et al. 1999. *Conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá.

de Brigard, A. 1999. La libre escogencia en el SGSS. *Revista Hospitalaria* (July-August): 16-20

Giraldo, J. 2000. *Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios*. Santafé de Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Ministerio de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, and Qualimed. 2000. *Informe Encuesta Nacional de Percepción de Usuarios*. República de Colombia: Ministerio de Salud.

Lo expuesto en los dos párrafos anteriores lleva a plantear que hay que introducir cambios en la organización y contratación de las entidades aseguradoras que operan en el Régimen Subsidiado y a implementar mecanismos para que el ejercicio de la libre elección por parte del usuario se constituya en un fuerte incentivo para que las entidades aseguradoras compitan ofreciendo mejores servicios que resulten en un impacto positivo sobre la salud de los usuarios.

Salud Pública

El Plan de Atención Básica, PAB creado por la Ley 100 de 1993 define acciones orientadas a la colectividad que complementan las acciones de promoción y prevención definidas en los planes de beneficios. Sin embargo, los aspectos reglamentarios y operativos que se han hecho de la Ley 100 en esta materia y de los conceptos relacionados con la salud pública, han dado lugar a una confusión relacionada con cuales son las intervenciones incluidas dentro del PAB y con cuales son las actividades y servicios dirigidos a los individuos que deben ser atendidos por las entidades aseguradoras ya que éstas actividades en algunos casos son componentes de los planes de beneficios. La confusión señalada ha conducido a la dispersión de las actividades del PAB entre los diversos actores y niveles territoriales y a la atomización de las responsabilidades, de tal manera que el impacto de las acciones se disuelve, la atención a las personas y a las colectividades no es oportuna y suficiente, y además se pierde la transparencia en el manejo de los recursos.

En este orden de ideas, uno de los cambios más problemático para la atención en Salud Pública ha sido el establecido por el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, mediante el cual quedaron a cargo de las entidades territoriales las actividades de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S. Para evaluar la gestión y cumplimiento de las actividades de promoción y prevención del POS-S a partir de la implementación de esta medida, el Ministerio de la Protección social adelantó un análisis a partir de una encuesta diseñada para este fin, por el periodo comprendido entre 1º de agosto de 2002 y marzo 31 de 2003 y el periodo correspondiente al 1º de abril y 31 de diciembre de 2003.

Los resultados obtenidos demuestran con claridad la problemática de la ejecución de los recursos del 4.01% del valor de la UPC-S y el incumplimiento de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales en el país. Es decir, se encontraron indicadores negativos de la eficiencia de la gestión tanto del nivel municipal como de los procesos de evaluación y control de gestión que los departamentos deben adelantar.

También se deduce del estudio que el cumplimiento de las acciones de promoción de la salud es insatisfactorio en casi todos los municipios, al encontrar que cerca del 50% de los municipios no reportaron información sobre las actividades de vacunación ejecutadas, o esta era inconsistente o incompleta. En la mayoría de municipios que respondieron la encuesta, el cumplimiento de indicadores que son la clave para la evaluación de las acciones de promoción y prevención fue calificado como muy deficiente o deficiente para la aplicación de por ejemplo el toxoide tetánico a mujeres en edad fértil y para las normas de planificación familiar y detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Buscando establecer condiciones para una ejecución armónica y sinérgica de las acciones colectivas e individuales en salud pública, en este proyecto se considera conveniente replantear el PAB y derogar el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001 de tal manera que se le devuelva la responsabilidad de la ejecución de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades aseguradoras del Régimen Subsidiado, lo cual permite tener un responsable único de estas actividades permitiendo un desarrollo de este componente de la salud en forma integral y articulada.

Prestación de Servicios de Salud

A pesar de que la Ley 100 de 1993 ordenó la reestructuración de las entidades descentralizadas de prestación de servicios de salud y su transformación en empresas sociales de salud con el fin de adecuarlas al Sistema General de Seguridad en Salud, el proceso de descentralización definido por la Constitución Política y desarrollado mediante la Ley 60 de 1993, propició la creación no controlada de oferta de servicios, especialmente en los municipios más pequeños, pasando de aproximadamente 950 Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud en el 2001 a 1,200 en el 2004⁴. Esto, unido al incremento del recurso humano y al nombramiento de los directores de las ESE por el jefe de la respectiva entidad territorial ha producido, por una parte, duplicidades innecesarias con obvias consecuencias en la sostenibilidad financiera de las instituciones y por la otra, dificultades cuando se trata de instituciones prestadoras públicas de servicios de salud regionales, donde confluyen los intereses de más de una entidad territorial.

Las crisis del funcionamiento hospitalario aparecen cuando la entidad ha acumulado de manera progresiva un pasivo que es incapaz de financiar con su ingreso corriente, bien sea por tener unos costos fijos y elevados permanentes o por tener un insuficiente flujo de caja y/o de venta de servicios, o por ambos fenómenos de manera simultánea. Esto último es lo más frecuente y como resultado se produce un desequilibrio en su balanza de efectivo, que en muchos casos ha conducido, en los años recientes, al cierre total de servicios por periodos prolongados en algunas entidades hospitalarias públicas, lo que obliga a los usuarios a buscar otros prestadores a mayor costo o a no acceder a los servicios de salud.

Las situaciones de crisis se hacen recurrentes en la medida en que se aplican medidas de rescate de los hospitales públicos, con dineros entregados directamente a las instituciones, acción que alivia las coyunturas financieras de cada periodo fiscal, pero que es considerada por muchos como “la peor señal estatal hacia la búsqueda de soluciones estructurales, y a la larga un incentivo a la ineficiencia”.

Diversos estudios señalan que la planeación, la organización y el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud ha perdido el concepto de área de influencia espacio-poblacional; tampoco tiene en cuenta la accesibilidad de la población a los mismos, ni los factores geográficos, culturales, económicos, poblacionales y epidemiológicos que la condicionan; se ignora el objeto social en términos de satisfacer las necesidades de salud de la población, lo que se ha traducido en graves problemas de equidad en el ingreso a la prestación de los planes de beneficios y hace necesario la conformación de redes de prestación de servicios que garanticen a los usuario el derecho que les asiste.

En este sentido, la Ley 715 de 2001 determinó que el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

Propósito del Proyecto

La presente Ley tiene por objeto lograr que todos los ciudadanos colombianos estén asegurados al SGSSS y tengan acceso a los servicios de salud expresamente definidos en los Planes de Beneficios, garantizar el uso adecuado y eficiente de los recursos del Régimen Subsidiado, y fortalecer la ejecución armónica de las políticas, planes y proyectos de Salud Pública.

⁴ Fuente: Registro Especial de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social.

Para ello se propone ampliar la cobertura de aseguramiento para la población pobre mediante una redistribución de las actuales fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado, la destinación de parte de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones para Salud y la introducción de diferentes modalidades de subsidios a la demanda, reorganizar la estructura de financiamiento y contratación del Régimen Subsidiado, establecer principios y criterios de sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, crear un plan de salud pública colectiva y devolverle la competencia de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades responsables del aseguramiento.

Ampliación de Cobertura y la Búsqueda de la Universalización

Como ya se mencionó, es prioritario dirigir los esfuerzos de ampliación de cobertura por medio de subsidios a la demanda para la población pobre, que en la actualidad viene siendo identificada por medio del instrumento SISBEN. Se propone financiar la totalidad de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para las personas que hacen parte de las categorías 1 y 2 del SISBEN, y financiar una parte de dicha UPC-S para las personas en la categoría 3 del SISBEN exigiendo un aporte que cubra la diferencia con la UPC-S o la diferencia con el valor de la cotización mínima aplicable en el Régimen Contributivo para los trabajadores independientes.

Como se observa en la Tabla 1, se estima que aproximadamente 26 millones de personas pertenecen a las categorías SISBEN 1, 2 y 3. De éstas, 12,2 millones se encuentran en los niveles SISBEN 1 y 2, y 13,8 millones en el nivel SISBEN 3. Tomando en cuenta que según la encuesta aproximadamente 3,5 millones de personas de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN están afiliadas al Régimen Contributivo, y que es importante mantener la afiliación de estas personas a dicho régimen, la población total elegible para subsidios ya sean totales o parciales podría ser de 22,6 millones de personas.

Tabla 1. Estimaciones de población elegible para subsidios

Población por Categorías SISBEN	Número Estimado de Personas
A Población SISBEN 1 y 2	12.392.464
B Población SISBEN 3	13.805.132
C Total población SISBEN 1-3 (A+B)	26.197.596
D Población SISBEN 1, 2 y 3 afiliada al Régimen Contributivo	3.576.260
Población elegible subsidios (C-D)	22.621.336

Fuente: Estimaciones Ministerio de la Protección Social con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2003.

Como se observa en la Tabla 2, los cálculos de los recursos para subsidios a la demanda para el año 2004 indican que estos son aproximadamente \$2,75 billones de pesos, y los recursos para oferta en el año 2004 está alrededor de \$1,84 billones de pesos.

Tabla 2. Fuentes de ingreso para la financiación del Régimen Subsidiado

Fuentes	Recursos Proyectados a 2004
Punto de Solidaridad *	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional*	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar *	69.007.764.259
Rendimientos*	111.411.979.646
OTROS (excedentes, multas, reintegros)*	73.756.051.136
SGP Demanda**	1.622.704.581.818
Subtotal demanda	2.755.101.371.839

RECURSOS OFERTA	
SGP Oferta**	1.343.454.872.727
Rentas cedidas	496.019.614.308
Subtotal oferta	1.839.474.487.035
TOTAL RECURSOS	4.594.575.858.874

Fuentes: * Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Financiamiento, Presupuesto de Ingresos Vigencia 2003.

** Documento CONPES Social, 13 de julio 2004.

El proyecto contempla incrementar los recursos disponibles para subsidios a la demanda transformando el 60% de los recursos de oferta del sistema general de participaciones, más un 2.81% que sustituye los recursos propios que los entes territoriales destinan actualmente a la financiación del régimen subsidiado, lo cual incrementa los recursos para subsidios a la demanda por SGP a \$2.4 billones de pesos, incrementando el total de recursos disponibles para subsidios a la demanda a \$3.63 billones de pesos, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Incremento en los recursos para subsidio a la demanda generados por transformación del 62.81% del SGP de oferta

RECURSOS PROYECTADOS A DIC 2004	
RECURSOS SUBSIDIO DEMANDA	
Punto de Cotización	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar	69.007.764.259
Rendimientos	111.411.979.646
ETESA**	35.000.000.000
OTROS (excedentes, multas, reintegros)	73.756.051.136
SGP Demanda + 62.81% SGP oferta	2.466.528.587.378
<i>Conpes 79 04 Demanda 12/12</i>	<i>1.622.704.581.818</i>
<i>SGP oferta (tr 62,81%*)</i>	<i>843.824.005.560</i>
Subtotal demanda	3.633.925.377.399
RECURSOS OFERTA	
40% SGP Oferta	499.628.467.168
Rentas cedidas	496.019.614.308
Subtotal oferta	995.648.081.476
TOTAL RECURSOS	4.629.573.458.875

* La destinación adicional de 2.81% proviene del esfuerzo territorial para la financiación del subsidio a la demanda que se propone sustituir con recursos del SGP

** Estimación de la Dirección General de Financiamiento del MPS

Como se muestra en la Tabla 4, con estos recursos se podría afiliar a la totalidad de las personas en las categorías 1 y 2 de SISBEN con la UPC actual (\$192,344 pesos) y a las personas en la categoría SISBEN 3 no afiliadas al Régimen Contributivo subsidiando la suma de \$122.233 anuales y exigiendo un aporte per cápita anual de \$70.111 pesos o mensual de \$5.843 pesos.

Tabla 4. Cálculos de recursos requeridos para subsidios totales y parciales población para cubrir población SISBEN 1, 2 y 3 no afiliada al Régimen Contributivo

Supuestos

A	Número de personas que recibiría el subsidio total (SISBEN 1 y 2 no afiliadas al Régimen Contributivo)	12.392.464
B	Valor en pesos UPC-S 2004	192.344
C	Recurso requerido para subsidios totales (A*B)	2.383.616.095.616
D	Recurso disponible para subsidios a la demanda después de transformar 62.81% de la oferta	3.633.925.377.399
E	Recurso disponible para subsidios parciales después de otorgar subsidios totales (D-C)*	1.250.309.281.783
F	Número de personas que recibiría el subsidio parcial (SISBEN 3 no afiliada al Contributivo)	10.228.873
G	Recurso per cápita disponible para subsidio parcial (E/F)	122.233
H	Aporte per cápita anual requerido para cubrir UPC-s (B-G)	70.111
I	Aporte mensual beneficiario subsidio parcial (H/12)	5.843

* Incluyendo gastos de administración

Este esquema que se propone parte de la base de que prevalece el interes general sobre el particular y por tanto se va a hacer un esfuerzo para lograr el aseguramiento de la totalidad de la población en lo servicios de salud que se considera son más costo-efectivos en términos de morbi-mortalidad.

Estrategias de la Administración de los Recursos del Régimen Subsidiado

Para mejorar la gestión y eficiencia en el uso de los recursos que financian el Régimen Subsidiado se propone agrupar en un solo ente todos los recursos destinados al aseguramiento disponibles en cada entidad territorial. Para esto se crea un Fondo que a nombre de las entidades territoriales administrará los recursos del Nuevo Régimen Subsidiado, al cual confluyen los dineros que financian y cofinancian el citado régimen, tanto los que les pertenecen a las Entidades Territoriales (SGP) como del nivel nacional (FOSYGA). El fondo además se encarga de la contratación regional, de las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado que sean seleccionadas por medio de la libre elección de los usuarios.

Con la creación del citado Fondo se mantiene el principio de descentralización que rige a partir de la Constitución Política de 1991, puesto que en ningún momento se modifica la titularidad de los recursos de las Entidades Territoriales, como son los provenientes del Sistema General de Participaciones, sólo implica que estos le serán girados al Fondo y que la entidad territorial los ejecutará sin situación de fondos. Es decir, el proyecto se ajusta a las facultades que tiene el legislador para definir las competencias y los recursos que financian aquellas actividades que deben prestarse de manera descentralizada.

Por medio de este instrumento se logra lo siguiente:

1. Incrementar el pool financiero disponible, lo que permite una mejor distribución y equidad en la asignación de los recursos.
2. Incrementar el tamaño de los contratos por cada entidad aseguradora, lo cual mejora la eficiencia en el manejo del riesgo y disminuye los costos de administración.
3. Reducir el número de contratos para el aseguramiento de la población, con la consecuente disminución en los costos de transacción.
4. Agilizar la transferencia de recursos a las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.
5. Brindarle transparencia a la contratación de las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.
6. Fortalecer el papel del usuario como gestor de la competencia por calidad entre aseguradores y prestadores de servicios de salud y como veedor del manejo eficiente de los recursos.

Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud

En la Tabla 5 se muestra el cálculo del posible impacto sobre los recursos disponibles para subsidio a la oferta al transformar 62.81% de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones. En la fila A se calculan los recursos para oferta disponibles a Diciembre 2004 que incluyen la totalidad de los recursos de oferta de SGP, rentas cedidas, y 40% de los recursos para atender a la población afiliada actualmente al régimen subsidiado (UPC-s 2004 multiplicada por 11,8 millones de personas), correspondiendo estos últimos a la contratación obligatoria con la red pública. En la fila B se calculan los recursos para oferta disponibles para la red pública, que incluirían el 40% del SGP de oferta del 2004, las rentas cedidas y 50% de los recursos para subsidios a la demanda, ya que se propone una contratación obligatoria del 50% con la red pública. Ambos escenarios sugieren que a nivel nacional no hay un cambio en los ingresos totales de la red pública, ya que la variación porcentual con transformación es de 1%.

Tabla 5. Total ingresos red pública bajo escenario de universalización.

Escenarios	Los recursos para oferta disponibles
A Ingresos red pública bajo situación actual a 2004: SGP oferta + rentas cedidas + 40% contratación UPC total subsidiado	2.870.862.849.190
B Ingresos red pública bajo escenarios de universalización: 40 SGP oferta + rentas cedidas + 50% contratación recursos subsidio demanda	2.812.610.770.175
Variación porcentual escenario/ recursos actuales (B/A)	1%

Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Publicas de Servicios de Salud

Este proyecto de ley se ve complementado por las actividades que en el marco de renovación y modernización de redes de prestación de servicios de salud deben adelantarse para generar escenarios de solución definitiva a las dificultades de los hospitales públicos. Para ello, el Gobierno considera que es necesario emprender acciones conjuntas por parte de los diferentes actores del sistema entre los que se incluyen obviamente las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Territoriales y el Ministerio de la Protección Social. Estas acciones deben tener impacto a nivel de los hospitales y de la red hospitalaria por entidad territorial o por región.

Esas acciones se deben concretar en planes individuales de sostenibilidad financiera, acompañados de convenios de desempeño en los que se establezcan las condiciones financieras y de prestación de servicios, que garanticen la sostenibilidad institucional y el entorno de calidad para los usuarios. Se deben eliminar los sobrecostos operacionales y maximizar los ingresos por venta de servicios.

El seguimiento de estos planes estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y se articularán con las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En los anteriores términos, dejamos a consideración del Honorable Congreso de la República el presente proyecto de Ley.

ALBERTO CARRASQUILLA BARRERA DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de Hacienda y Crédito Público Ministro de la Protección Social