

Exposición de motivos

PROYECTO DE LEY No.

“Por el cual se reforman los libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993 y se crea el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA)”

¿Por qué cambiar la Ley 100 de 1993?

Ya no cabe duda: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, está en crisis. Defensores y críticos lo reconocen. Las diferencias están en las explicaciones de la crisis. El presente proyecto de Ley, que se ofrece para la consideración del Honorable Congreso de la República, pretende superar las causas profundas de una crisis en el sistema de salud colombiano que requiere cambios estructurales. Sólo un cambio profundo del sistema puede dar respuesta a las causas de los problemas.

Una síntesis de los principales síntomas de la crisis del sistema es el siguiente:

- No se ha podido cumplir con la prometida universalidad para el año 2000, ni con la intención de igualar los planes de beneficios para el 2001. Por el contrario, hoy tenemos salud para pobres, para medios y para ricos. Tampoco es viable creer que se cumplirá, cuando el soporte del sistema es el aseguramiento y la flexibilización laboral, el desempleo y el empleo de mala calidad aumentan progresivamente.
- Hoy se gasta mucho más en salud que en 1993, pero no se ha alcanzado la cobertura universal en salud. Esto significa despilfarro y no eficiencia como muchos afirman. Según las cuentas nacionales, llevadas por el Departamento de Planeación Nacional (DNP) y el Departamento Nacional de Estadística (DANE), en el 2002 el gasto total en salud superó los 17 billones de pesos, si se incluye los 2,5 billones de gasto de bolsillo de las familias.
- Los recursos se están quedando en los intermediarios y los corruptos, tanto del sector privado como del público. De hecho, el subsidio a la demanda es más funcional que el subsidio a la oferta a las viejas prácticas de la corrupción, porque es más fácil comprar al ciudadano con un carné y hacer negocio con recursos públicos como muchas ARS lo hacen.
- Aunque ha crecido y sigue creciendo el subsidio a la demanda, es decir, el régimen subsidiado, los pobres son los más afectados por las barreras de acceso, bien sea por la falta de recursos de bolsillo o por los trámites o las distancias que los aseguradores y los administradores imponen a los

usuarios para acceder a la atención. Esto significa que el aseguramiento no basta para garantizar el acceso a los servicios cuando se necesita.

- La crisis hospitalaria es innegable y ha dado al traste con un enorme capital público y social acumulado. Muchas clínicas privadas van por el mismo camino y el cierre de hospitales universitarios ha significado una disminución en la calidad de la formación, tanto como en la investigación y el desarrollo tecnológico en salud.
- La disminución de costos en la prestación de servicios produjo una intensa flexibilización laboral en el sector, con gran impacto en el trabajo profesional. Esto tiene que haber afectado la calidad del servicio, a pesar de las encuestas de satisfacción al usuario favorables. No es difícil que un usuario salga satisfecho. La calidad en salud está en los resultados.
- Los aseguradores no invierten en prevención, como se suponía, porque han aprendido que es mejor negocio ponerle trabas al usuario para evitar los gastos de atención que esperar las ganancias a largo plazo de la prevención.
- Los programas y responsabilidades estatales con el control de enfermedades de interés en salud pública se han debilitado. Hoy no contamos con coberturas útiles de vacunación, como lo muestra el Instituto Nacional de Salud. Esto significa un riesgo progresivo de epidemias por enfermedades totalmente prevenibles con vacunas, al estilo del siglo XIX.
- La información en el sistema no sirve para orientar las políticas, porque interesa más la transacción comercial entre los agentes del negocio, que la salud de la gente. Esto también muestra el debilitamiento del Estado en la orientación y la rectoría del sistema.
- El sistema de riesgos profesionales está siendo soportado por el de salud, en la medida en que no se diagnostica con precisión el accidente de trabajo y la enfermedad profesional. Pero los recursos están separados y no hay mecanismos de compensación.
- La participación social se ha convertido en una defensa del consumidor en los hospitales y cada vez más desaparece el ciudadano, como sujeto de derechos. Sólo con las tutelas las personas logran superar las barreras para ser atendidos.

Un problema estructural de la Ley 100 de 1993 y sus consecuencias

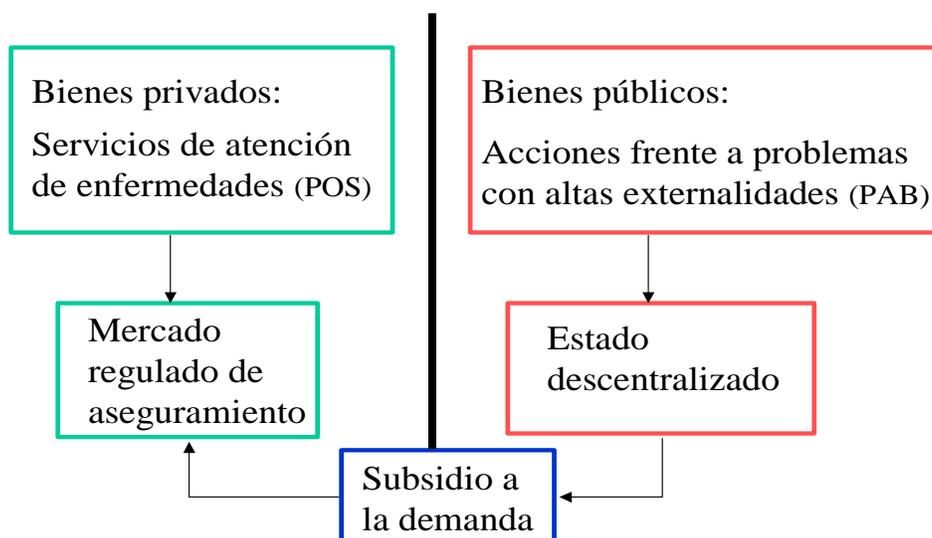
Cada uno de estos síntomas puede explicarse por sus causas más próximas, como se ha hecho en los proyectos de reforma de la Ley 100 presentados en la actual legislatura. Pero existe un problema estructural que, de no afectarse, todo seguirá igual. El problema consiste en la decisión técnica y política de separar bienes privados de bienes públicos en materia de salud, para dejar los primeros a la lógica del mercado de aseguramiento y los segundos a la lógica del Estado descentralizado. Los bienes privados corresponden a los servicios de atención individual de la enfermedad, mientras los bienes públicos se concentran en acciones o servicios que demuestran tener altas externalidades (Gáfica 1).

Esta concepción asocia la atención en salud con una mercancía y el derecho a la salud al servicio curativo definido en los contratos entre agentes de mercado. Sobre ella se basan las

diferencias entre pobres y ricos. Quien tiene, obtiene ciertos beneficios, mientras quien no tiene, debe demostrar su condición de pobre para obtener algo. También de esta separación depende la línea divisoria entre los servicios curativos y los preventivos, que genera tanta tensión entre las competencias del mercado del aseguramiento y del Estado para lograr metas de salud pública. El aseguramiento va por un lado y la descentralización del Estado va por otro, pero las dos participan en el sistema. Los recursos del aseguramiento, esto es, del régimen contributivo, se manejan en un fondo (FOSYGA) y los del subsidio a la demanda (Régimen Subsidiado) y la salud pública (Plan de Atención Básica o PAB) se administran en otro proceso que ni siquiera constituye un fondo (Ley 715 y recursos territoriales).

Gráfico 1

El problema estructural de la Ley 100 de 1993



Profundizar esta separación no hará más que prolongar la tendencia de condicionar el acceso a la salud a la capacidad de pago de las personas, distanciando al país de los compromisos adquiridos en los pactos internacionales sobre el derecho a la salud y las metas del milenio acordadas en la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¿Es posible pensar la salud de otra manera?

Sí es posible, como ha ocurrido en muchos países, no sólo en los desarrollados. Como punto de partida, es necesario entender la salud como un derecho humano fundamental, por

su conexidad con el derecho a la vida, como lo ha planteado la Corte Constitucional en su abundante jurisprudencia sobre el tema. Este derecho se expresa en la capacidad de las personas para realizar sus proyectos de vida, en condiciones y relaciones sociales favorables, como resultado de la interdependencia de los derechos humanos. Desde esta perspectiva, la salud es un derecho humano, un deber del Estado y una responsabilidad social.

Sin duda, en salud existe una corresponsabilidad del ciudadano, pero el Estado tiene obligaciones cada vez más precisas, según los pactos internacionales sobre la materia. En particular, conviene tomar la Observación N° 14 del Comité Internacional sobre los Derechos Sociales Económicos y Culturales de 2001, para definir los mínimos esenciales del derecho a la salud¹:

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

Estas obligaciones se definieron con base en la Declaración sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata de 1978. La OMS, en el marco de la celebración de los 25 años de esta declaración y del informe de la salud en el mundo de 2003, ha propuesto a todas las naciones retomar la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia central para superar las inequidades en salud, mayores hoy que hace un cuarto de siglo, y alcanzar las metas del milenio aprobadas al comenzar el siglo XXI. Obsérvese que no se habla de APS como el primer nivel de atención de nuestro sistema de salud, sino de toda una reorganización de los servicios curativos y preventivos, de la educación en salud, de la protección y de la rehabilitación en todo el sistema, y de la intersectorialidad necesaria para lograr mejores condiciones de alimentación y vivienda para todos.

Desde esta perspectiva, la salud pública no puede quedar reducida a lo que hoy denominamos plan de atención básica (PAB) ni a la “promoción y prevención” del actual sistema. Salud pública significa salud del público y responsabilidad pública por la salud e implica rectoría del Estado, en todos sus niveles territoriales. Pensar en salud pública significa asumir el imperativo ético de responder a las necesidades sociales, diferenciadas por clase social, ciclo vital, etnia, género y contar con la información necesaria para fijarse metas de superación de inequidades y de calidad de vida y salud de la población. Hablar de salud pública hoy exige transectorialidad para afectar los determinantes de la salud y ordenar los servicios de salud según las necesidades de las poblaciones en los territorios.

¹ Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Derechos económicos, sociales y culturales*. Bogotá: ONU, 2001: 211-212.

Con este marco de referencia, es posible reorientar los sistemas de salud hacia la integración de los servicios individuales y colectivos, preventivos y curativos, sectoriales y transectoriales, hacia el logro de una mejor calidad de vida y salud de las poblaciones en territorios específicos y desde la rectoría estatal.

¿En qué consiste el nuevo sistema integral de seguridad social en salud?

Con el fin de lograr avanzar significativamente en la garantía del derecho a la salud, según los referentes anteriores, se proponen los siguientes ejes para un nuevo sistema integrado de seguridad social en salud, SISESA, como se ha denominado en el presente proyecto de ley. Sus características generales son:

- ✓ Es un modelo universalista, pues no condiciona el acceso a la capacidad de pago.
- ✓ Es un sistema mixto que combina:
 - Financiamiento complementario público y privado (impuestos y aseguramiento)
 - Administración pública descentralizada
 - Prestadores públicos y privados
- ✓ Integra curación con prevención, salud y riesgos profesionales, en una perspectiva amplia de la salud pública en territorios (salud de la población y responsabilidad pública) por medio de la estrategia de Atención Primaria en Salud complementada con otros bienes y servicios.
- ✓ Promueve y fortalece el ejercicio de la ciudadanía.

Los aspectos más específicos que resumen el proyecto son los siguientes:

1. Rectoría nacional y territorial del sistema

Consiste en retomar el papel del Estado nacional y de los entes territoriales en la orientación del sistema de salud hacia las necesidades de calidad de vida y salud de las poblaciones en los territorios. Esta rectoría se ejercería desde escenarios de concertación entre gobiernos, empresarios, trabajadores organizados, usuarios y prestadores de servicios de salud, definidos como consejos de seguridad social en salud, nacional y territoriales. Los entes de gobierno nacional y territorial de la salud ejercerían la dirección del sistema, con base en los acuerdos de los consejos. La orientación central de esta rectoría será la aproximación de las respuestas en salud a las necesidades sociales de las poblaciones, para superar las brechas y las inequidades acumuladas en materia de salud en el país.

2. Universalización del acceso a la salud

El nuevo sistema adopta seriamente la estrategia de APS, con enfoque familiar y comunitario. Esta opción contribuirá a superar la fragmentación actual del sistema, integrará los servicios curativos y preventivos, los individuales y colectivos, para resolver hasta del 80% de los problemas de salud. En el proyecto se ha denominado “Atención Primaria Integral en Salud (APIS)”, para hacer énfasis en

que no se trata del tradicional primer nivel de atención del actual sistema. La APIS será complementada con otros bienes y servicios denominados “Servicios de Medio y Alto Costo” (SEMAC), programas de control de enfermedades de interés en salud pública (CEISP) y con prestaciones económicas que pretenden proteger a las familias de los costos derivados de maternidad o de la incapacidad o la invalidez por enfermedad general, accidente de trabajo o enfermedad profesional.

La integralidad de la atención de las familias requiere una reorganización de los servicios de salud como redes de atención y redes de apoyo. Entre las primeras estarán la red de APIS, la de servicios especializados ambulatorios, la de hospitalización y la de urgencias. Las de apoyo serán la de diagnóstico, de servicios farmacéuticos, de rehabilitación y de vigilancia en salud.

La APS permite también organizar el papel del sector salud en la gestión pública transectorial. De esta forma, la APS se convierte en una puerta de entrada al sistema y, al mismo tiempo, en una respuesta efectiva a las necesidades de salud y calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. Esta APS debe ser universal y de la misma calidad y oportunidad sin discriminación ni diferencias según la capacidad de pago de las personas, como se establece en el proyecto de ley.

4. Recuperación de programas verticales de salud pública

Si bien la APS articula la prevención y la curación en territorios específicos, es necesario recuperar la estructura de programas verticales de carácter nacional para enfermedades prioritarias sobre las cuales existen formas conocidas de control. Este tipo de programas debe contar con recursos específicos y requieren dirección centralizada, con referente institucional del orden nacional, como el Instituto Nacional de Salud, pero también territorial en los departamentos, regiones y municipios.

5. Un nuevo modelo de financiamiento que complementa impuestos con aseguramiento

El aspecto central de la propuesta en materia de financiamiento consiste en que es posible lograr la universalidad del acceso a los servicios de salud según las necesidades con los recursos disponibles hoy en el país para la salud. Los 17 billones de gasto público y privado en salud en el año 2002 de las cuentas nacionales, a pesos de hoy significan, por lo menos, dos billones más. Esto sin contar los gastos en riesgos profesionales y prestaciones económicas. El cálculo de gasto total para incluir a toda la población colombiana al régimen contributivo, con base en la UPC de hoy, bordea los 16 billones de pesos. El asunto no es, entonces, de falta de recursos sino de reorganización y de destinación efectiva de los recursos en el logro de resultados en salud.

La reorganización del financiamiento consiste en integrar los recursos del aseguramiento con recursos fiscales del orden nacional en un Fondo Único de

Seguridad Social en Salud (FUSESA). Este fondo cofinanciará la seguridad social en salud en los territorios, mediante los fondos territoriales de salud (FOTESA), a los cuales concurren los recursos fiscales de los entes territoriales. Este mecanismo de financiación permite construir una verdadera solidaridad entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre ocupados y desocupados, entre sanos y enfermos, como principio básico de la seguridad social.

Tanto el FUSESA como los FOTESA tendrán cuatro subcuentas que permiten la destinación específica para los distintos tipos de garantías en salud y riesgos profesionales; esto es, Atención Primaria Integral en Salud (APIS), Servicios de Medio y Alto Costo (SEMAC), Control de Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) y Prestaciones económicas en salud y riesgos profesionales (PRES).

Los FOTESA serán definidos según territorios de salud que no necesariamente coinciden con los municipios. Es claro que la capacidad de gestión de la mayoría de los municipios del país es escasa y que existen serios problemas de corrupción en buena parte de ellos. Por esta razón se han establecido cuatro grandes criterios para la definición de los territorios de salud por parte del nuevo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Estos son: municipios mayores de 100.000 habitantes, que sólo son 53, según las proyecciones del DANE; asociaciones de municipios de menos de 100.000 habitantes, según división administrativa provincial o departamental, con el fin de propiciar capacidad de gestión, eficiencia y mejor respuesta a las necesidades de la población; asociaciones de municipios según regiones especiales de interés en salud pública; y asociaciones de municipios que comparten particularidades étnicas especiales, como indígenas y afrodescendientes, y las entidades territoriales indígenas establecidas por la legislación actual.

Para mejorar el recaudo de las cotizaciones a la seguridad social, se propone crear una Central Única de Recaudo (CUR). Las cotizaciones seguirán siendo del 12% para los trabajadores formales, sean asalariados o contratistas, y del 4% para los trabajadores independientes sin contrato formal de trabajo, sobre la base de su declaración de ingresos, con el fin de estimular el aporte.

6. Una forma de administración descentralizada

Los recursos de los fondos territoriales serán administrados, de manera descentralizada, por nuevas entidades denominadas “administradoras de fondos territoriales de seguridad social en salud” (AFOTESA). Las actuales secretarías de salud podrían convertirse en AFOTESA, según criterios claros y aprobación del CNSSS, así como las EPS públicas con capacidad de gestión territorial. Estas nuevas entidades se encargarán de contratar con las redes de servicios públicas y privadas, para lograr resultados en salud y disminuir progresivamente las inequidades en esta materia en la población de su territorio. Las formas de pago requieren una reglamentación especial, pues se trata de estimular a los prestadores hacia metas de rentabilidad social más que hacia el lucro.

7. Vigilancia y control descentralizado y con la gente

Sin duda, uno de los principales problemas del actual sistema es la escasa capacidad de inspección, vigilancia y control del sistema por parte del Estado. Para fortalecer la descentralización es necesario profundizar la democratización. En este aspecto, la propuesta conserva la responsabilidad de los procesos de inspección, vigilancia y control relacionados con los servicios de salud y riesgos profesionales en la Superintendencia Nacional de Salud, pero define como criterio para su ejercicio el establecimiento de procesos de descentralización, con el apoyo de redes de controladores en los que se concrete la veeduría y el control social de la población en los territorios, tanto sobre el manejo de recursos como en el logro de metas de salud y de superación de inequidades.

Los aspectos de vigilancia en salud pública tienen requerimientos técnicos insoslayables, por lo cual exigen recursos específicos que serán manejados a través de la subcuenta para el control de enfermedades de interés en salud pública (CIESP). No obstante, la APIS permite desarrollar mecanismos nuevos de participación social en salud que complementarían el esfuerzo técnico y fortalecerían la democratización de las decisiones en salud.

8. Articulación con política de talento humano y de ciencia y tecnología en salud

La nueva organización de los servicios y la perspectiva territorial requieren vínculos estables entre los trabajadores y profesionales de la salud y las familias y comunidades. Esto implica, de una parte, un componente de calidad y estabilidad del trabajo en salud por parte de todos los prestadores del sistema; y de otra, decisiones que afecten la formación de nuevos profesionales y trabajadores en salud y realicen un proceso de formación en el trabajo o de educación continuada que permita desarrollar las capacidades y habilidades (competencias) de los trabajadores y profesionales actualmente en servicio, como se propone en el proyecto.

Además, la política de salud debe ir acompañada de una política de investigación y desarrollo tecnológico que tenga en cuenta las especificidades territoriales en materia de salud y, al mismo tiempo, pueda conectar al país con la dinámica de la sociedad del conocimiento en un mundo globalizado.

9. Un sistema integrado de información en salud

El proyecto crea un nuevo sistema de información ordenado por la situación de calidad de vida y salud de las personas en los territorios específicos y no por las transacciones entre agentes de mercado. El sistema deberá organizarse desde una perspectiva pública, que permita la operación de las relaciones entre los agentes del sistema, pero también, el análisis y la transformación estratégica de la información para la toma de decisiones públicas, de cara a la ciudadanía.

¿Qué mejoraría respecto de lo que hoy existe?

Lo más importante del proyecto es su compromiso total del Estado con la universalidad del acceso a la salud, entendida más allá de la atención de enfermedades. Las formas de financiamiento son sólo mecanismos de organización de los recursos. El proyecto permitirá la universalidad mucho más rápido que por la vía del aseguramiento, como existe en la Ley 100 o como propone el actual gobierno para profundizar el modelo, con su proyecto de reforma a la Ley 100. Esto es posible, porque la propuesta integra los recursos públicos y privados y reordena la administración hacia el logro de metas de salud y superación de inequidades, con una decidida apuesta hacia la descentralización y la democratización en salud. Esto significa un importante avance. La salud no es un fin en sí misma, pero es el mejor medio para realizar la vida de la mejor manera.

Consideramos que existen opciones mejores a la Ley 100 para avanzar en la garantía del derecho a la salud de la población colombiana. La nuestra tiene coherencia y estamos convencidos de que recibirá un respaldo nacional e internacional que permitirá crear un nuevo Sistema Integral de Seguridad Social en Salud para los colombianos y colombianas. Por lo anterior, ponemos a consideración del Honorable Congreso de la República el presente proyecto de Ley.

Cordialmente,

GUSTAVO PETRO URREGO

SAMUEL MORENO ROJAS

ANTONIO NAVARRO WOLF

FRANCISCO ROJAS BIRRY

WILSON ALFONSO BORJA

JESÚS BERNAL AMOROCHO

JOAQUÍN JOSÉ VIVES

GERMÁN NAVAS TALERO

VENUS ALBEIRO SILVA

GERMÁN PARRA

PROYECTO DE LEY No.

“Por el cual se reforman los libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993 y se crea el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA)”

El congreso de la República decreta:

CAPITULO I NORMAS GENERALES

Artículo 1. Objeto.

La presente Ley crea el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA), y define las garantías en salud y riesgos profesionales para toda la población colombiana, la organización del sistema, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación de los servicios de salud y riesgos profesionales, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, y los criterios para definir políticas de talento humano y de ciencia y tecnología en salud.

Parágrafo. El SISESA sustituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales definidos por la Ley 100 de 1993.

CAPITULO II DEFINICIONES

Artículo 2. Salud.

La salud es la capacidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida, en las mejores condiciones y relaciones posibles. Los bienes y servicios de atención en salud aportan a la salud de las personas, en la medida en que contribuyen a preservar y mejorar esa capacidad propiciando el ejercicio de su autonomía y el mejoramiento de su calidad de vida. La salud es un derecho humano fundamental, por su conexidad con el derecho a la vida, y su garantía es deber del Estado y responsabilidad social.

Artículo 3. Salud pública

La salud pública es el conjunto de conocimientos, decisiones y acciones individuales y colectivas, expresadas en políticas públicas, tendientes a favorecer la salud de la población y a asumir el deber estatal y la responsabilidad pública por la salud en una sociedad concreta. La salud pública orienta el sistema de salud y el conjunto de la acción estatal y gubernamental para que la política económica y social, y la acción intra e interinstitucional, contribuya a la resolución no violenta de los conflictos en la sociedad, a mejorar la calidad de vida y las oportunidades de bienestar de las personas y las comunidades.

Artículo 4. Promoción de la salud.

La promoción de la salud es una estrategia transversal del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud (SISESA) que pretende orientar la prestación de los servicios, las acciones sectoriales, intersectoriales y sociales, hacia el mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio de la autonomía de las personas para realizar sus proyectos de vida en las mejores condiciones y relaciones posibles. La promoción de la salud no se limita a la educación para promover estilos de vida saludables o evitar enfermedades, e incluye la construcción de agendas de gobierno que se traducen en políticas públicas saludables.

Artículo 5. Seguridad Social.

La seguridad social es una política de Estado que engloba los mecanismos de protección social contra las contingencias que menoscaban la salud y el bienestar, y que permite realizar los principios de universalidad, equidad y solidaridad; la solidaridad es condición de la universalidad y se realiza por medio de la confluencia de esfuerzos económicos de las personas, del más rico hacia el más pobre, entre generaciones, entre géneros, entre ocupados y desocupados, y entre sanos y enfermos, y de la sociedad en su conjunto, para dar a cada cual según su necesidad y pedir de cada cual según su capacidad.

Artículo 6. Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA).

El Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (SISESA) es el conjunto de medios institucionales, financieros y administrativos disponibles en la sociedad colombiana para garantizar el derecho a la salud de toda la población, ordenados por los conceptos de salud pública y seguridad social.

Artículo 7. Garantías en salud y riesgos profesionales.

Las garantías en salud y riesgos profesionales son el conjunto de bienes y servicios, individuales y colectivos que permiten mantener o recuperar la salud y proteger contra riesgos financieros derivados de la enfermedad. Las garantías en salud integral son deber del Estado, para lo cual éste debe disponer y organizar los recursos disponibles para lograr acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, ofreciendo a la población las condiciones y medios para hacerlas exigibles.

Artículo 8. Atención Primaria Integral en Salud (APIS).

La Atención Primaria Integral en Salud (APIS) es el conjunto de acciones, bienes, servicios y estrategias que integran la educación en salud, la protección de la vida, la prevención de enfermedades, el tratamiento y manejo de enfermedades, y la rehabilitación, con enfoque familiar y comunitario en territorios específicos, hasta el límite de atenciones que establece esta Ley. La APIS es la puerta de entrada al sistema de servicios de salud y, al mismo tiempo, articula los servicios de salud a las acciones transectoriales y a la participación social efectiva para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones. Los principios que rigen la APIS son:

1. **Accesibilidad:** se entiende como la mejor posibilidad de obtener servicios de salud cuando se necesitan, sin barreras económicas, organizacionales, geográficas o culturales.

2. Oportunidad: consiste en el acceso al servicio en el momento y lugar cuando es requerido.
3. Primer contacto: se entiende como la puerta de entrada a las redes de servicios de salud, mediante el cual se garantiza el acogimiento de las demandas de atención y el uso regulado de los servicios en el sistema.
4. Integralidad: es la articulación de todo el proceso de atención en salud, desde la educación, la protección, la prevención, la curación, hasta la rehabilitación y la readaptación laboral, según las necesidades de las personas, orientada por el mejoramiento de su calidad de vida y el ejercicio de su autonomía.
5. Continuidad: es el seguimiento de los procesos de atención hasta la superación o el manejo del problema de salud de la persona.
6. Longitudinalidad: es el seguimiento de la totalidad de los aspectos de la salud de las personas y comunidades a lo largo de su ciclo vital, a partir del vínculo entre las familias y comunidades y los prestadores de servicios de salud.
7. Coordinación: es el conjunto de mecanismos que garantizan la complementariedad de los medios para atender las necesidades y demandas en salud, tales como información veraz y oportuna, referencia y contrarreferencia, trabajo en equipo, acceso a segundas opciones, entre otras.
8. Participación social: es la disposición de las personas, las familias y las comunidades para tomar decisiones y realizar acciones orientadas hacia el mejoramiento de la calidad de vida y la salud propia, de sus próximos y de la sociedad en su conjunto.
9. Enfoque familiar y comunitario: es una perspectiva de organización de los servicios de salud que considera a las personas como parte de familias y comunidades, en el marco de los determinantes de la salud y la enfermedad.

Artículo 9. Servicios de medio y alto costo.

Los servicios de medio y alto costo son aquellos que superan el límite establecido para la APIS, en virtud del costo del servicio o del bien involucrado en la atención o de la complejidad tecnológica del mismo, definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según los criterios establecidos por esta Ley.

Artículo 10. Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA).

El Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA) es una cuenta autónoma, de destinación exclusiva, administrada por el Ministerio de la Protección Social como fiducia pública, constituido por los siguientes recursos: fiscales del orden nacional destinados a salud y parafiscales de la seguridad social en salud y de riesgos profesionales. El Fondo tiene por objetivo generar la solidaridad necesaria para el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, con calidad, oportunidad.

Artículo 11. Fondos territoriales de salud.

Los fondos territoriales de salud son cuentas administradas como fiducia pública de carácter territorial, mediante las cuales se integran los recursos provenientes del FUSESA con los recursos de rentas cedidas y propias de los entes territoriales, con destinación específica para salud. Habrá tantos fondos territoriales como territorios de salud se definan, según los criterios que establece la presente Ley.

CAPÍTULO III

GARANTÍAS EN SALUD Y RIESGOS PROFESIONALES

Artículo 12. Tipos de garantías en salud y riesgos profesionales.

Las garantías en salud y riesgos profesionales definidas para toda la población, sin diferencias de capacidad de pago de las personas, son de cinco tipos y se complementan según las necesidades de las personas. Los tipos de garantías son:

1. Atención Primaria Integral en Salud.
2. Servicios de medio y alto costo.
3. Programas de control de enfermedades de interés en salud pública.
4. Prestaciones económicas.
5. Servicios complementarios en salud.
6. Participación y control social

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definirá los contenidos específicos de cada tipo, con base en los criterios señalados en la presente Ley. Esta definición deberá ser flexible, para tener en cuenta las especificidades territoriales en razón del perfil epidemiológico y la superación de inequidades relacionadas con la situación socioeconómica, la etnia o raza, el género o el ciclo vital de las personas o grupos poblacionales.

Artículo 13. Atención Primaria Integral en Salud

El CNSSS definirá los contenidos de la Atención Primaria Integral en Salud con base en los siguientes componentes:

1. Identificación de necesidades sociales de calidad de vida y salud y su relación con la respuesta social en salud, para detectar deficiencias de respuesta e inequidades, tanto en los resultados en salud como en el acceso a los bienes y servicios de salud.
2. Formulación o apoyo sectorial a políticas y planes orientados hacia la disminución de inequidades y mejoramiento de calidad de vida y salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, hábitat digno, agua potable, saneamiento ambiental, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar.
3. Acciones específicas dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, profesionales y accidentes de trabajo.
4. Servicios de atención ambulatoria accesible, programada, general y especializada de primero y segundo niveles tecnológicos, con enfoque familiar y por ciclo vital, que incluye educación en salud, protección, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades y rehabilitación, incluyendo atención odontológica, salud mental, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
5. Atención de parto normal y de parto por cesarea indicado por criterios exclusivamente médicos.

6. Servicios farmacéuticos de medicamentos esenciales establecidos por el CNSSS, no inferiores a los definidos por la Organización Mundial de la Salud.
7. Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primero y segundo nivel tecnológico ambulatorio.
8. Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario, técnicamente justificado.
9. Atención de urgencias de primer nivel tecnológico hasta observación intrahospitalaria por tres días.
10. Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización mayor de tres días y de urgencias de segundo a cuarto niveles tecnológicos.
11. Coordinación transectorial, con sistema de referencia y contrareferencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria.
12. Información en salud, tanto de tipo operacional de los servicios como de tipo poblacional, con la estructura de la vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en calidad de vida y salud, con perspectiva de equidad y de garantía del derecho a la salud.

Parágrafo. La APIS deberá, en todo caso, incluir el proceso de atención en salud hasta del 80% del perfil de morbilidad y mortalidad de las poblaciones en los territorios de salud que se definan, según la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Artículo 14. Servicios de medio y alto costo.

El CNSSS definirá los servicios incluidas en este tipo de garantías, con base en los siguientes criterios generales:

1. Servicios ambulatorios especializados que requieran alta tecnología.
2. Servicios de hospitalización mayor a tres días, de segundo a cuarto niveles tecnológicos, incluido el cuidado intensivo, según definición del CNSSS.
3. Servicios farmacológicos de medicamentos no esenciales y de medicamentos esenciales de alto costo y de uso permanente.
4. Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio y de imagenología, de tercero y cuarto niveles tecnológicos.
5. Servicios de rehabilitación de segundo a cuarto niveles tecnológicos o de intervención de largo plazo.

Parágrafo. Los servicios de medio y alto costo serán siempre complementarios a la APIS y, en ningún caso, podrán constituir un sistema paralelo de servicios de salud.

Artículo 15. Programas de Control de enfermedades de interés en salud pública

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

Artículo 16. Prestaciones económicas

Las prestaciones económicas son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias del impacto financiero de la situación de maternidad y de la incapacidad o la invalidez derivada de una enfermedad general, de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional.

Parágrafo. El CNSSS definirá los contenidos específicos de estas prestaciones, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de la Protección Social, con base en la experiencia acumulada de pago de las prestaciones económicas y la cantidad de recursos disponibles en la subcuenta del FUSESA correspondiente, con el fin de lograr el máximo de cobertura de estas prestaciones, sin importar la condición de cotizante.

Artículo 17. Servicios complementarios en salud.

Los servicios complementarios son aquellos destinados a mejorar el confort de las personas atendidas y que no se relacionan con la calidad del servicio de salud dispensado, tales como habitación individual no justificada médicamente, alimentación, televisión, comunicación, condiciones especiales para visitantes, entre otras.

Parágrafo. El CNSSS reglamentará los servicios complementarios en salud los cuales, en cualquier caso, serán financiados por gasto de bolsillo, bien sea por pago directo o por prepago. Podrán existir planes adicionales de medicina prepagada, siempre y cuando sean cubiertos por las personas, sin perjuicio de su cotización obligatoria a la seguridad social en salud y riesgos profesionales.

Artículo 18. Participación y control social.

Las garantías en participación y control social son el conjunto de escenarios, mecanismos y acciones destinadas a fomentar y desarrollar el ejercicio de la participación de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales.

Parágrafo. El CNSSS reglamentará la forma de adaptación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración y fortalecimiento en los territorios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la red de controladores que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO IV ORGANIZACIÓN DEL SISESA

Artículo 19. Características generales.

El SISESA es un sistema de seguro universal obligatorio, solidario, de financiación mixta, administración estatal descentralizada y prestación mixta, orientado hacia el logro de metas de disminución de inequidades y de calidad de vida y salud de la población, con amplia participación y control social.

Artículo 20. De la rectoría del sistema.

La función de rectoría significa asumir la responsabilidad estatal por la garantía del derecho a la salud sin discriminación, formular políticas públicas acordes con este propósito, ejercer el control público para garantizar el buen uso de los recursos y lograr resultados en calidad de vida y salud de las poblaciones, definir mecanismos de regulación de la operación de las redes de servicios según las necesidades de atención de las personas y garantizar la organización de la información en salud necesaria para tomar decisiones. El SISESA tendrá una rectoría territorial, en los ámbitos nacional, regional, distrital y municipal. En el ámbito nacional, la rectoría será ejercida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En el ámbito territorial, la rectoría será ejercida por el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Habrá tantos consejos territoriales como territorios de salud, según los criterios de descentralización en salud definidos en la presente Ley.

Artículo 21. De la dirección del sistema

La dirección del sistema es la función mediante la cual se ponen en marcha las políticas públicas definidas en la instancia rectora por parte del poder ejecutivo en el ámbito nacional, departamental, distrital y municipal. La dirección del sistema se expresa en los territorios como la autoridad sanitaria. En el nivel nacional, la dirección será ejercida por el Ministerio de la Protección Social; en los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las secretarías de salud o, en su defecto, por la Administradora del Fondo Territorial de Salud correspondiente.

Artículo 22. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

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

1. **Composición:** El CNSSS estará conformado por trece miembros de la siguiente manera:
 - a. Cuatro representantes del gobierno nacional: el Ministro de la Protección Social, quien presidirá, el Ministro de Hacienda o su delegado, el Director de Departamento Nacional de Planeación o su delegado, un representante de los secretarios de salud departamentales, distritales y municipales.
 - b. Dos representantes del sector empresarial, uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas.
 - c. Dos representantes de las centrales obreras.
 - d. Dos representantes de las organizaciones de usuarios, uno de los cuales será de las entidades territoriales indígenas.
 - e. Dos representantes de las organizaciones de los trabajadores de la salud, uno profesional y otro no profesional.
 - f. Un representante de las facultades de salud
2. **Selección de los miembros no gubernamentales:** los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por las organizaciones correspondientes, mediante procesos democráticos reglamentados por el Ministerio de la Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia e imparcialidad.

3. **Invitados:** El CNSSS estará en libertad de invitar a las instituciones o personas que considere convenientes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión.
4. **Período:** Los representantes del gobierno nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años prorrogables por un período.
5. **Secretaría Técnica:** La secretaría técnica será ejercida por el viceministro de salud, con el apoyo técnico de las direcciones del Ministerio de la Protección Social.
6. **Presupuesto de funcionamiento:** el Ministerio de la Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del CNSSS que incluya los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento aprobado pro el CNSSS.

Artículo 23. Funciones del CNSSS.

El CNSSS tendrá las siguientes funciones:

- a. Adoptar la política pública nacional de seguridad social en salud, con visión de salud pública, con base en la propuesta gubernamental presentada por el Ministerio de la Protección Social.
- b. Presentar iniciativas legislativas o normativas a los poderes legislativo y ejecutivo orientadas a promover la calidad de vida y salud de la población, en aspectos que competan a otros sectores de la administración estatal y que incidan directamente en la salud.
- c. Definir los contenidos específicos de las garantías de salud y riesgos profesionales, con base en los criterios definidos en la presente ley, teniendo en cuenta las especificidades propuestas por los consejos territoriales de seguridad social en salud.
- d. Establecer las reglas específicas de funcionamiento del Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA) y de los fondos territoriales de seguridad social en salud y supervisar su aplicación.
- e. Definir las reglas específicas de la administración territorial del seguro de salud.
- f. Definir las reglas específicas para la prestación de servicios de salud en el territorio nacional, de manera que se garantice el acceso universal, sin mediar la capacidad de pago de las personas.
- g. Definir cada dos años los territorios de salud del país, según los criterios generales establecidos en el artículo xx de la presente Ley.
- h. Vigilar y garantizar el desarrollo y buen funcionamiento del Sistema Integrado de Información en Salud.
- i. Presentar informe anual ante las comisiones séptimas de Senado y Cámara de Representantes.
- j. Adoptar su propio reglamento.

Artículo 24. Funciones del Ministerio de la Protección Social.

Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de la Protección Social tendrá las siguientes funciones:

- a. Presentar ante el CNSSS la política pública nacional de seguridad social en salud para su aprobación.
- b. Dirigir la ejecución, seguimiento y evaluación de la política pública de seguridad social en salud en todo el territorio nacional.
- c. Expedir las normas de obligatorio cumplimiento para la ejecución de la política de seguridad social en salud por parte de los agentes del sistema.
- d. Presentar iniciativas de reglamentación de temas específicos del SISESA a la aprobación del CNSSSS.
- e. Coordinar la elaboración de los informes del CNSSS ante el Congreso Nacional.
- f. Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del CNSSS.
- g. Diseñar y poner en marcha el Sistema Integrado de Información en Salud.

Artículo 25. Consejos territoriales de seguridad social en salud.

Los consejos territoriales tendrán una composición similar a la del CNSSS, excepto en cuanto al representante de las entidades territoriales indígenas, y cumplirán funciones similares en el territorio de su competencia, siempre en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de seguridad social en salud. El Ministerio de Protección Social reglamentará esta materia.

CAPÍTULO V FINANCIAMIENTO

Artículo 26. Características generales.

El sistema de financiamiento del SISESA integrará los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud y riesgos profesionales con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos. De esta forma, todas las personas, según su situación social y condiciones de ingresos, aportan a la financiación del sistema, mediante contribuciones ligadas al salario o a los ingresos, impuestos que se destinan a salud en los presupuestos de orden nacional, departamental, distrital o municipal, y otros ingresos y pagos expresamente establecidos por norma general.

Artículo 27. Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA)

Créase el Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA) como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, de destinación específica para salud, administrada como fiducia pública, bajo la supervisión del CNSSS, con los siguientes objetivos:

1. Propiciar la solidaridad plena entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre ocupados y desocupados, y entre sanos y enfermos, para lograr

universalidad y equidad en el acceso oportuno a servicios de igual calidad para toda la población.

2. Favorecer, mediante la asociación de los recursos, la reducción de las inequidades prevalentes en materia de salud y riesgos profesionales.
3. Integrar los recursos públicos y privados para la seguridad social.
4. Generar fluidez en el flujo de recursos de la Nación hacia los territorios de salud.
5. Incrementar la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la salud.

Parágrafo. El FUSESA no hará parte del presupuesto de la nación, pero sí de la contabilidad del gasto público, respetando el criterio definido en el artículo 350 de la Constitución Política de no disminuir su proporción porcentual con relación al año anterior respecto del gasto total de la correspondiente ley de apropiaciones. El Ministerio de la Protección Social es responsable por el buen manejo del FUSESA en permanente consulta con el CNSS.

Artículo 28. Fuentes de financiación del FUSESA

El FUSESA será constituido con las siguientes fuentes de recursos:

1. Recursos fiscales del orden nacional:
 - a. Los recursos del Sistema General de Participaciones y otras transferencias de la Nación destinados a la atención de población pobre, tanto los del anterior régimen subsidiado como los asignados para la atención de la población pobre no asegurada.
 - b. Los recursos de una partida anual del presupuesto nacional equivalente a una doceava del monto total de cotizaciones recaudadas en el año inmediatamente anterior por la Central Única de Recaudo.
 - c. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a las acciones colectivas e individuales de promoción y prevención, definidos en la Ley 715 de 2001.
 - d. Los recursos provenientes del 7 por ciento de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos.
 - e. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad valorem* con una tasa del 10%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado.
2. Recursos parafiscales del orden nacional:
 - a. Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 12% de los salarios o de montos de los contratos de trabajo de los trabajadores formales, dos terceras partes a cargo del empleador o contratante y una tercera parte a cargo del trabajador o contratista.
 - b. Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 4% de los ingresos declarados por los trabajadores independientes sin contrato de trabajo.
 - c. Los recursos provenientes de la cotización de los empresarios para riesgos profesionales, correspondientes al 5% de la nómina.

- d. El aporte que las cajas de compensación familiar realizan al actual régimen subsidiado, el cual se mantiene en las mismas proporciones una vez entre en vigencia la presente Ley.
- e. Los recursos que el SOAT y el FONSAT aportan actualmente a la actual Subcuenta ECAT del FOSYGA, los cuales se mantienen en la misma proporción una vez entre en vigencia la presente Ley.
- f. Los rendimientos financieros del FUSESA.

Parágrafo. La cotización a la seguridad social en salud y riesgos profesionales es de carácter obligatorio. Todo contrato laboral incluirá los costos correspondientes a esta cotización. Los trabajadores independientes deberán presentar su autoliquidación de ingresos para hacer la cotización correspondientes ante la Central Única de Recaudo. El CNSSS reglamentará los mecanismos de estímulo, inspección, vigilancia y control de la cotización a la seguridad social en salud y riesgos profesionales, con base en propuesta técnica elaborada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 29. Estructura del FUSESA

El FUSESA tendrá tres subcuentas denominadas así:

1. Atención Primaria Integral en Salud (APIS): destinada a la cofinanciación de la Atención Primaria Integral en Salud.
2. Servicios de Medio y Alto costo (SEMAC): destinada a la cofinanciación de los servicios de medio y alto costo.
3. Control de Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): destinada al diseño y desarrollo de los programas de control de enfermedades de interés en salud pública, a la producción de biológicos para inmunizaciones, a la vigilancia y control de medicamentos y alimentos, e investigación y desarrollo tecnológico en salud, en el marco del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud.
4. Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Profesionales (PRES): destinada al pago de las prestaciones económicas derivadas de la situación de maternidad e incapacidad o invalidez por enfermedad general, accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Artículo 30. Distribución de los recursos en las subcuentas del FUSESA

El CNSSS hará la distribución anual de los recursos del FUSESA a cada una de las subcuentas que lo constituyen con base en el criterio de buscar la universalidad de las garantías en salud y riesgos profesionales para toda la población, considerando las necesidades detectadas en los territorios de salud, el . Para esta labor, el Ministerio de la Protección Social elaborará un estudio de costos de cada uno de los grupos de garantías.

Parágrafo transitorio. Tomando como punto de partida el gasto en salud por niveles de atención y en acciones colectivas, en el primer año de vigencia de la presente ley CNSSS distribuirá los recursos con las siguientes proporciones mínimas:

- 30% para la subcuenta APIS
- 30% para la subcuenta SEMAC
- 10% para la subcuenta CEISP

10% para la subcuenta PRES

El 20% restante podrá ser redistribuido con base en los gastos proporcionales actuales por niveles de atención y alto costo.

Artículo 31. Fondos territoriales de seguridad social en salud

Los fondos territoriales serán cuentas adscritas a las secretarías de salud o, en su defecto, a las gobernaciones y las alcaldías de distritos o municipios, según los territorios de salud definidos por el CNSSS con base en los criterios establecidos en el artículo xx de la presente Ley. Los fondos territoriales recibirán los recursos provenientes de las transferencias del FUSESA al territorio para la cofinanciación y los sumarán a los recursos territoriales de destinación específica para salud, como rentas cedidas, recursos propios, regalías, juegos localizados, créditos y rendimientos financieros. El gobierno nacional reglamentará el funcionamiento de las subcuentas y la integración en fondos intermunicipales.

Artículo 32. Criterios generales para definir un territorio de salud

El CNSSS definirá territorios de salud en el país, con base en los siguientes criterios:

1. Municipios mayores de 100.000 habitantes.
2. Asociaciones de municipios de menos de 100.000 habitantes, según división administrativa provincial o departamental.
3. Asociaciones de municipios según regiones especiales de interés en salud pública.
4. Asociaciones de municipios que comparten particularidades étnicas especiales (indígenas y afrodescendientes) y las entidades territoriales indígenas establecidas por la ley.

Parágrafo. La definición de un territorio de salud requiere el concepto previo del Ministerio de la Protección Social, en el cual se presente una valoración argumentada de la capacidad de gestión de recursos de destinación específica por parte de los entes territoriales involucrados y la capacidad asistencial y de organización de redes regionales de servicios, buscando incentivar las asociaciones entre municipios menores y mayores de 100.000 habitantes, en aras de garantizar la equidad y la respuesta integral a las necesidades sociales .

Artículo 33. Criterios generales para la transferencia de recursos del FUSESA a los fondos territoriales y rentabilidad social

Dado que la transferencia de recursos del FUSESA a los fondos territoriales constituye una cofinanciación necesaria para garantizar el derecho a la salud para toda la población, el CNSSS definirá los montos de transferencia anual con base en el número de habitantes del territorio de salud correspondiente, más un sistema de incentivos a la equidad y la rentabilidad social. El mecanismo de distribución deberá asignar más recursos a los territorios que tengan las siguientes características:

1. Mayor cantidad de población por debajo de línea de pobreza que el promedio nacional.

2. Mayor prevalencia o incidencia de enfermedades de interés en salud pública que la tasa nacional.
3. Inequidades en salud, entendidas como desigualdades injustas y evitables, medidas por resultados (morbi-mortalidad) y acceso a los servicios de salud (barreras económicas, geográficas, administrativas o culturales).
4. Mayor mortalidad materna e infantil que la tasa nacional.
5. Menor cobertura de saneamiento básico y agua potable que la cobertura nacional.

Para estos municipios en condiciones de fragilidad e inequidad, el sistema contará con incentivos que permitan sostener a los territorios de salud que alcancen metas de salud y superen inequidades, como estímulo a la rentabilidad social.

Artículo 34. Estructura de los fondos territoriales de seguridad social en salud.

Los fondos territoriales tendrán las mismas subcuentas del FUSESA, para ejecutar los recursos según las garantías definidas en la presente Ley.

CAPÍTULO VI ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS

Artículo 35. Central Única de Recaudo (CUR).

Créase la Central Única de Recaudo (CUR) como establecimiento público autónomo, con patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de la Protección Social, como la instancia encargada de recaudar todos los aportes de cotizaciones a la seguridad social en salud y el seguro de riesgos profesionales en todo el país. Esta central contará con diversos mecanismos de recaudo y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en la cédula de ciudadanía del afiliado cabeza de familia o, en su defecto, de un documento de identificación avalado por la Registraduría Nacional de Estado Civil.

Artículo 36. Administración los fondos territoriales.

Cada uno de los fondos territoriales será administrado por una entidad autónoma de carácter público, adscrita a la gobernación o alcaldía de distrito o de municipio, denominada Administradora del Fondo Territorial de Seguridad Social en Salud (AFOTESA). En los entes territoriales en los que la secretaría de salud cuente con capacidades de gestión suficientes, ésta podrá solicitar al CNSSS asumir las funciones de administradora del fondo.

Artículo 37. Funciones de la Administradora del Fondo Territorial de Seguridad Social en Salud (AFOTESA)

La AFOTESA tendrá las siguientes funciones:

1. Recaudar los recursos de los entes territoriales involucrados en el territorio de salud correspondiente.
2. Distribuir los recursos provenientes de transferencias del FUSESA en las subcuentas APIS, SEMAC, CEISP y PRES.
3. Elaborar un plan territorial de salud a cinco años, con revisión anual, que incluya metas de calidad de vida y salud de la población del territorio y las estrategias que permitirán su cumplimiento.

4. Contratar con prestadores públicos y privados de las redes de servicios existentes en el territorio de salud y pagar los servicios prestados por otros prestadores, en caso de requerirse atenciones en lugares por fuera del territorio de salud.
5. Ejercer la función de inspección, vigilancia y control de la calidad de los servicios prestados por la red de prestadores en el ámbito territorial, con capacidad sancionatoria.
6. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial.
7. Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de la Protección Social.

CAPÍTULO VII PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Artículo 38. Redes de servicios de salud

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

1. Red de atención primaria integral en salud
2. Red de servicios especializados ambulatorios
3. Red de servicios de hospitalización
4. Red de urgencias médicas

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

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reglamentará los estándares para la conformación de las redes en los territorios de salud, con base en la propuesta técnica apoyada en experiencias de otros países, elaborada por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 39. Contratación de las redes de servicios por parte de las AFOTESA

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

Parágrafo. El CNSSS reglamentará las formas de contratación y pago a los proveedores directos de servicios, y el sistema tarifario, con base en propuestas técnicas elaboradas por el Ministerio de la Protección Social, con la participación de los prestadores, los

trabajadores y los profesionales de la salud, con especial atención a la protección de la red hospitalaria pública y privada sin ánimo de lucro.

CAPÍTULO VIII SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD

Artículo 40. Definición

El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) es el conjunto de mecanismos y procedimientos destinados a la gestión de la información del SISESA, para garantizar las operaciones entre los agentes del sistema y dar cuenta de las necesidades sociales en salud, las respuesta institucional y social, y los resultados en salud y calidad de vida de la población colombiana. La información deberá ser accesible y estar disponible para la población, por diferentes medios, con el fin de fortalecer la participación y el control social en los territorios.

Artículo 41. Características generales

El SIIS tendrá por lo menos dos niveles:

1. Nivel operativo: garantizará la producción y el uso de la información con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los actores para el funcionamiento del SISESA en todos sus procesos y territorios.
2. Nivel estratégico: dedicado a la transformación y el análisis de la información sobre situación de salud y calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de los entes rectores del sistema y de todos los agentes involucrados en él, para los fines pertinentes.

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

CAPÍTULO IX INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 42. Características generales

Las funciones de Inspección, Vigilancia y Control del SISESA serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, de manera descentralizada y con el apoyo la red de control social que defina el CNSSS para cada territorio de salud.

Artículo 43. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del FUSESA y de los fondos territoriales de seguridad social en salud.

2. Presentar al CNSSS para su aprobación la reglamentación sobre el sistema obligatorio de calidad de los servicios de salud
3. Desarrollar procesos de descentralización de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud, definiendo las competencias de las AFOTESA en la materia y la conformación de redes de control social.

CAPÍTULO X CIENCIA Y TECNOLOGÍA EN SALUD

Artículo 44. Política de ciencia y tecnología en salud

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

Artículo 45. Recursos para ciencia y tecnología en salud

El CNSSS definirá el monto anual de recursos destinados al desarrollo científico y tecnológico en salud, provenientes de la subcuenta CEISP del FUSESA, los cuales serán administrados directamente por el Ministerio de la Protección Social, según las prioridades de la política de ciencia y tecnología en salud. Estos recursos serán complementarios a los establecidos en el artículo 42 de la Ley 643 de 2001.

CAPÍTULO XI TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 46. Política de talento humano en salud

El CNSSS formulará cada cuatro años, con revisiones anuales, la política de talento humano en salud, en concordancia con las políticas de educación superior y de seguridad social en salud. La política deberá orientar las prioridades de formación del talento humanos según las necesidades de calidad de vida y salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la APIS con enfoque familiar y comunitario. Así mismo, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar la calidad y la dignificación del trabajo en salud, tanto profesional como no profesional, para lo cual se mantiene la clasificación de los empleos definida en la Ley 10 de 1990 y se prohíbe la terciarización de las relaciones laborales y los contratos de prestación de servicios para aquellos cargos misionales definidos como de carrera administrativa.

CAPÍTULO XII PERÍODO, DISPOSICIONES DE TRANSICIÓN Y VIGENCIA

Artículo 47. Período de transición.

Con el fin de propiciar la adaptación de las instituciones del SGSSS a las disposiciones de la presente ley, se contará con un período máximo de transición de dos (2) años a partir de su vigencia, sin perjuicio de los períodos explícitos establecidos.

Artículo 48. Disposiciones transitorias

La transición de los actuales sistemas de salud y riesgo profesionales al SISESA se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias, las cuales serán reglamentadas por el CNSSS en el primer semestre de su vigencia:

1. El CNSSS definido en la presente ley se conformará por convocatoria reglamentada por el Ministerio de la Protección Social, durante el primer trimestre de vigencia de la presente Ley.
2. El CNSSS deberá reglamentar las disposiciones de su competencia durante el primer año de vigencia de la presente Ley.
3. Las empresas promotoras de salud (EPS) continuarán recaudando los aportes de contribución a la seguridad social, mientras se constituye la Central Única de Recaudo (CUR). Una vez conformada, pasarán el monto de los recaudos que realicen a la CUR hasta el cumplimiento del período de transición.
4. Las EPS, las ARP y las ARS seguirán ejerciendo la función de aseguramiento y administración de los recursos públicos para el régimen subsidiado, hasta el momento de conformación del FUSESA y de los fondos territoriales de salud.
5. Las EPS públicas podrán realizar concurrencia de recursos con los entes territoriales para la conformación de una AFOTESA.
6. La asignación de los recursos del presupuesto nacional deberá hacerse de manera progresiva, partiendo de la asignación realizada al FOSYGA en el 2004, hasta alcanzar el monto establecido por esta ley en los tres (3) años posteriores a la aprobación de esta ley, como única excepción para el período de transición.

Artículo 49. Vigencia.

La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular, los libros segundo y tercero de la Ley 100 de 1993.

De los honorables congresistas,

GUSTAVO PETRO URREGO

SAMUEL MORENO ROJAS

ANTONIO NAVARRO WOLF

FRANCISCO ROJAS BIRRY

WILSON ALFONSO BORJA

JESÚS BERNAL AMOROCHO

JOAQUÍN JOSÉ VIVES

GERMÁN NAVAS TALERO

VENUS ALBEIRO SILVA

GERMÁN PARRA
