

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY NO. 2006

“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

Antecedentes

Durante los años 2004 y 2005 el Gobierno Nacional, el Congreso de la República, los partidos, los gremios, los medios de comunicación, las entidades territoriales y sus Federaciones, los aseguradores, los prestadores y en general todo el sector de la salud a lo largo y ancho del país, desarrollaron una amplia discusión acerca del sistema general de seguridad social en salud, sus logros y dificultades, y sus posibles reformas a instancias de una comisión accidental conformada en el Honorable Senado de la República, y a través de 14 proyectos de ley que se acumularon y con los cuales se logró un cuerpo de reforma aprobado en segundo debate en la plenaria del senado de la república que tenía como propósito reordenar el sistema de salud, ampliar la cobertura de aseguramiento, garantizar su financiamiento y sostenibilidad, procurar la disciplina en el sector y en particular en el adecuado manejo de sus recursos y propiciar el equilibrio entre los actores del sistema especialmente en aspectos que tienen que ver con sus relaciones contractuales. El proyecto fue archivado en la comisión séptima de la Honorable Cámara de Representantes, con enorme frustración en todo el sector de la salud y con la convicción general de la necesidad de buscar un nuevo consenso hacia una reforma con los mismos propósitos pero que al resumir el proyecto anterior se concentrara en lo esencial del mismo. Con ese antecedente inmediato se presenta este proyecto de ley.

Principios Orientadores

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, la Carta faculta la autonomía de sus entidades territoriales y 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 las normas le asignen a cada una de estas entidades.

Exposición de Motivos

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; ese proceso tiene una formidable aceleración en los últimos dos años a iniciativa del gobierno nacional y con la cofinanciación de las entidades territoriales. Cálculos del Ministerio de la Protección Social indican que aproximadamente el 82% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, de la cual 38% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 44% al Régimen Subsidiado. A pesar de los avances y del gran salto de los últimos dos años, no se ha logrado la meta de universalizar la cobertura prevista para el año 2001. Es preocupante que alrededor del 18% de la población, aproximadamente 7 millones de personas, no se encuentre asegurada en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que la mayor parte de los no asegurados sean 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 asegurados. 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 8 millones de personas. Estos avances se han obtenido gracias la efectiva presupuestación y ejecución de los recursos Fosyga, al incremento de los recursos disponibles para subsidios a la demanda resultantes de transformación de subsidios de oferta, y, en general, a una mejor gestión de las fuentes de financiamiento existentes.

Sin embargo, la meta de cobertura universal en el Régimen Subsidiado no puede alcanzarse con los recursos hoy disponibles; estos solo permiten asegurar la sostenibilidad de la afiliación actual que asciende a 19 millones de personas. Por ello se requiere la implementación de cambios legales a la organización y financiamiento del Régimen Subsidiado para cumplir con el mandato constitucional de universalidad. El gobierno nacional y el Congreso de la República deben garantizar en las leyes de presupuesto de los próximos tres años los recursos necesarios para lograr la cobertura universal y en los años siguientes asegurar su continuidad; además de una transformación de subsidios de oferta en los recursos del SGP, se requerirán nuevas fuentes de recursos anuales por cerca de 1.3 billones de pesos de 2006.

De la 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, igualmente es necesario precisar las actividades de salud pública que por su naturaleza no se ofrecen por IPS, sino por otro tipo de proveedores. 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.

Uno de los cambios más problemáticos 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. Así mismo se considera conveniente que, al igual que los recursos del régimen subsidiado, los recursos de salud pública se manejen en cuentas maestras y que las entidades territoriales se certifiquen para efectos de su manejo y que puedan perder dicha certificación en función de un desempeño insatisfactorio o deficiente. Así mismo la conceptualización de la atención básica debe discriminar las acciones dirigidas a los individuos y su familia de otras acciones de salud pública en donde no es posible discriminar un beneficiario individual determinado.

De la 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 2004. 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.

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.

Ampliación de Cobertura de Aseguramiento

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 SISBEN. Se debe 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, no menos del 50%, de dicha UPC-S para las personas en la categoría 3 del SISBEN recaudando un aporte que cubra la diferencia con el valor de la cotización mínima aplicable en el Régimen Contributivo para los trabajadores independientes y reglamentando los derechos de las personas beneficiarias del subsidio cuya contribución no sea factible recaudar.

Se estima que aproximadamente 30 millones de personas pertenecen a las categorías SISBEN 1, 2 y 3. De éstas, 25 millones se encuentran en los niveles SISBEN 1 y 2, y 4,8 millones en el nivel SISBEN 3. Tomando en cuenta aproximadamente 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 25 a 26 millones de personas.

Afiliar 6 millones de personas más con subsidio pleno costaría un billón trescientos mil millones adicionales al gasto actual y un millón adicional de subsidios parciales mas el ajuste de los actuales costarían ceca de 200.000 millones adicionales. Para tener cobertura universal co estas ampliaciones y la continuidad de lo existente se requieren no menos de 1.700.000 millones de pesos adicionales que deberán definirse anualmente en los presupuestos del FOSYGA y en el Presupuesto General de la Nación y que pueden incluir una importante transformación de por lo menos 500.000 millones de pesos de subsidios de oferta a demanda en el Sistema general de Participaciones.

Sostenibilidad Financiera de las IPS Públicas

Dado el posible impacto sobre los recursos disponibles para la oferta pública de servicios de salud al transformar recursos del Sistema General de Participaciones, la contratación obligatoria con la red pública debe fijarse en un nivel del 65% al menos en al comienzo del proceso y no menos del 55% permanentemente. Los escenarios sugieren que a nivel nacional no habría un cambio en los ingresos totales de la red pública, aún cuando debe haber recomposición que corrija los desequilibrios existentes en la actualidad en detrimento de las instituciones de mayor complejidad.

Otros tópicos

Así mismo se hace necesario fortalecer el componente de inspección, vigilancia y control del sistema con énfasis en funciones de control, la introducción de sistemas orales o abreviados de procesamiento sin perjuicio de garantizar el derecho al debido proceso.

Por otra parte se hace necesario que el Ministerio de Protección social pueda reglamentar en corto plazo los aspectos relativos al control de la integración vertical patrimonial de las EPS-IPS, y los eventuales riesgos de abuso de posición dominante en el sector.

En relación con el riesgo de eventos de alto costo se plantea la obligatoriedad de las entidades aseguradoras de reasegurar dichos riesgos o constituir individual o colectivamente entre varias EPS las reservas necesarias para asumir directamente dichos riesgos. La actual obligatoriedad con toda su inflexibilidad solo genera ineficiencias en el sistema.

Una de las iniciativas parlamentarias que más acogida tuvo en las discusiones recientes sobre la reforma al sistema general de seguridad social en salud fue la figura del defensor del paciente que debe incluirse en este proyecto en aras de garantizar los derechos de los usuarios y la interlocución que los haga efectivos.

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

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

PROYECTO DE LEY NO. 2006

“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1.- Administración por resultados de los recursos de Salud Pública. Quienes tengan a su cargo la administración de los recursos de salud pública del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán cumplir con unos indicadores de gestión y resultados.

El resultado insatisfactorio de la evaluación de los indicadores de gestión y resultados, además de las sanciones administrativas, disciplinarias, fiscales y penales, acarreará la medida cautelar de suspensión de la administración de estos recursos los cuales serán administrados por el Ministerio de la Protección Social o por quien él designe hasta por un periodo de un año.

Los indicadores de gestión y resultados serán establecidos y evaluados por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 2.- Administración de la promoción y prevención en salud. La actividad de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del POS del Régimen Subsidiado y la administración de la Unidad de pago por capitación con este destino estará a cargo de las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado.

Artículo 3.- Plan de Atención Básica. El artículo 165 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

El Ministerio de la Protección Social definirá un Plan de Atención Básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud y las demás intervenciones de interés en salud pública. Este Plan estará constituido por aquellas intervenciones de alto impacto y costo efectividad relacionadas con las prioridades en salud pública definidas por el Ministerio de la Protección Social.

La prestación del Plan de Atención Básica se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas.

Artículo 4.- Supervisión en algunas áreas de Salud Pública. Las Entidades territoriales del orden departamental y distrital y los municipios de categorías 1, 2,

3 y especial formularán un Plan Operativo Anual que contemple las acciones de vigilancia en salud pública, laboratorio de salud pública, inspección, vigilancia y control de factores del ambiente y del consumo, control de vectores y zoonosis, promoción de la salud y vigilancia y control de las acciones de interés en salud pública en su jurisdicción. El Ministerio de la Protección Social establecerá los parámetros y lineamientos sobre la materia y definirá la proporción de recursos del componente de Salud Pública que se destinará para la ejecución de estas acciones en cada nivel territorial.

Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, como autoridad sanitaria nacional, la evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos así como la competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados. De igual manera corresponde al Invima la competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control sanitario de la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial la vigilancia y control sanitario de la distribución, transporte y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos.

Artículo 5.- Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. La Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud hará los estudios técnicos que soporten las decisiones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los gastos que demande la Secretaría Técnica y los que se originen en las acciones judiciales que se interpongan contra las decisiones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se podrán financiar con los recursos del Fondo y Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

Artículo 6.- Contratación de servicios de salud con las Empresas Sociales del Estado. Las Entidades territoriales harán las apropiaciones presupuestales para la atención a población pobre no asegurada o sin capacidad de pago y los servicios no incluidos en el POS subsidiado. La ejecución de estos recursos se hará a través de la compra de servicios de salud a las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, salvo cuando la oferta de servicios no exista o no sea suficiente en el municipio o en la red del departamento según el grado de complejidad, caso en el cual podrá contratar con otro tipo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas para la atención y prestación de tales servicios.

Las Entidades territoriales ejecutarán estos recursos, utilizando modalidades de pago que sean consistentes con la cantidad y valor de los servicios efectivamente prestados, en los términos convenidos en los respectivos contratos.

Artículo 7.- De los recursos de prestación servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda

Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, destinados a la financiación de la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se transferirán a las Entidades Territoriales, de acuerdo con los porcentajes de distribución que establezca el CONPES para los diferentes grados de complejidad y los niveles territoriales correspondientes.

Parágrafo 1°. Una vez distribuidos a cada entidad territorial, los recursos para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, del valor total que corresponde a cada una de ellas, se descontarán las cuotas patronales para el pago de los valores prestacionales de pensiones y cesantías así como los aportes por cotizaciones en salud y por concepto de riesgos profesionales que les corresponda.

Cuándo la facturación de las IPS Públicas por venta de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, no sea suficiente para cubrir los aportes patronales que tradicionalmente han sido girados sin situación de fondos, las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, deberán efectuar el pago correspondiente en forma directa con cargo a sus recursos, y el giro sin situación de fondos se hará solo hasta un monto equivalente a la facturación del año anterior.

Parágrafo 2°. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado y las Entidades Territoriales para la contratación y pago de servicios de salud a Prestadores de Servicios de Salud de carácter público y privado, requerirán para el efecto, del cumplimiento por parte del contratista de sus obligaciones con los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y cesantías, y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje, Escuela Superior de Administración Pública e Institutos Técnicos, cuando a ello haya lugar.

Las Entidades contratantes en el momento de liquidar los contratos deberán verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia,–

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos y requisitos para acreditar los aportes a los sistemas mencionados.

Artículo 8.- De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas

La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas sólo se hará a través de las Empresas Sociales del Estado. ESE.

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso.

Las Empresas Sociales del Estado podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, se exceptúan las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud.

El Gobierno Nacional tendrá un año a partir de la vigencia de la ley para reglamentar los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta el diseño de la red territorial, y entre otros los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, producción y autosostenibilidad financiera. En todo caso en cada municipio existirá al menos una unidad prestadora de servicios que es ESE o forma parte de una ESE.

En ningún caso se podrá contratar la prestación de servicios de salud de atención a las personas con las Direcciones Territoriales de Salud, con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones y Recursos de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Las Empresas Sociales del Estado se financiarán con los ingresos generados por la venta de servicios a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, a las entidades territoriales, a los regímenes excepcionados, a las compañías de seguros, a los particulares y a los demás pagadores del sistema.

Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia las Empresas Sociales del Estado no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferirles recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, con las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Artículo 9.- Integración de las juntas directivas de las empresas sociales del estado.

Las juntas directivas de las empresas sociales del estado de nivel nacional, departamental, distrital y municipal se integrarán en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

El Gobierno Nacional, reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas

Artículo 10.- De los gerentes de ESE

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán nombrados por el Presidente de la República, el Gobernador o el Alcalde, según corresponda, durante los primeros seis (6) meses de su mandato, y tomarán posesión a los seis meses de iniciado el periodo del respectivo mandatario territorial, para un periodo de 4 años. Si el nombramiento y la posesión se hicieran en otro tiempo el período del gerente será igual al tiempo que faltare para cumplir el respectivo período del mandatario nominador, más seis meses.

Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán evaluados anualmente, con base en el cumplimiento de los indicadores que se fijan en los acuerdos de gestión basados en el plan de desarrollo institucional, y calificados dentro de rangos de eficiente y deficiente. La calificación deficiente de la gestión dará lugar a la remoción del funcionario. La evaluación de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado de carácter territorial se efectuará por el nominador y en las de carácter nacional por parte del Ministerio de la Protección Social.

Los acuerdos de gestión suscritos por el gerente serán objeto de seguimiento permanente por parte de la Junta Directiva, la cual podrá solicitar al nominador la evaluación anticipada de la gestión del gerente.

Los actuales gerentes de las ESES, continuarán su período hasta el inicio del periodo de los nuevos Alcaldes y Gobernadores, sin perjuicio de que puedan ser removidos, si no cumplen con los indicadores de gestión.

Parágrafo . El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente norma, reglamentará el sistema de evaluación de la gestión de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional y territorial.

Artículo 11.- Habilitación de nuevos servicios de salud. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, deberá habilitar ante el Ministerio de

la Protección Social, los servicios de salud que pretenda prestar, previamente a la iniciación de actividades. El Ministerio determinará el procedimiento correspondiente y podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales.

Artículo 12.- Contratación del subsidio a la demanda en salud. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoriamente un porcentaje de los servicios que requiera con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta y cinco por ciento (65%) el primer año siguiente a la vigencia de la presente Ley, el sesenta por ciento (60%) el segundo y el cinco por ciento (55%) a partir del tercer año.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, ésta modalidad no podrá exceder el cincuenta por ciento (50%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Artículo 13.- Aseguramiento del Alto Costo. Para la atención de enfermedades de alto costo, las Empresas Promotoras de Salud podrán optar por contratar el reaseguro o reasegurar directamente dichos riesgos. Para poder acceder al reaseguro directo tendrá que presentar los estudios que lo justifiquen y obtener la aprobación por parte del Ministerio de la Protección Social, momento en el cual podrá empezar a adoptar esta modalidad.

El Ministerio de la Protección Social expedirá las condiciones y requisitos para poder acceder al reaseguro directo de las enfermedades de alto costo.

Artículo 14.- Adicionase un inciso final al artículo 98 de la Ley 488 de 1998 que quedará así:

También estarán exceptuados de la cancelación de la tasa las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 15.-La Superintendencia Nacional de Salud realizará la inspección, vigilancia y control respecto de las entidades de naturaleza cooperativa del sector de la salud en torno al cumplimiento de las normas del sector así como sobre las materias atinentes al funcionamiento de éstas. Por su parte, la Superintendencia de la Economía Solidaria será la entidad competente para dirimir los conflictos que se ocasionen entre asociados o cooperados de las entidades de economía solidaria especializadas en salud, llevar el registro de estas entidades y efectuar el control de legalidad de los estatutos que las mismas expidan.

Artículo 16.- Facultades Extraordinarias. En desarrollo del numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de

facultades extraordinarias para dictar normas con fuerza de Ley en los siguientes aspectos:

- Señalar los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que se deben surtir, respetando el debido proceso, el derecho a la defensa y el derecho de contradicción. Para tal fin, podrá adoptar sistemas orales y/o abreviados de procesamiento y juzgamiento y sistemas de medidas cautelares.
- Introducir mecanismo de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 17.- Defensor del usuario. En cada Entidad Promotora existirá un defensor del usuario conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 18.- La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el artículo 46 de la Ley 715, el parágrafo 2 del artículo 233 de la Ley 100 de 1993 y las demás normas que le sean contrarias.

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social