

Bogotá D.C., 16 de agosto de 2017

Señor Presidente

EFRAÍN JOSÉ CEPEDA SARABIA

SENADO DE LA REPÚBLICA - CONGRESO DE LA REPÚBLICA

La ciudad

Asunto: **RADICACIÓN PROYECTO DE LEY SENADO “POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA GESTIÓN Y TRANSPARENCIA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN COLOMBIA”**

Respetado señor Presidente,

Con motivo de la facultad del artículo 150 de la Constitución Política y del artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, en mi calidad de Senador de la República y en ejercicio de la competencia para promover iniciativas de ley de interés general respetuosamente, los abajo firmantes presentamos a consideración del Congreso de la República el presente proyecto de ley, el cual se identifica bajo el título y contenido, que se desarrolla en los siguientes numerales:

1. **Texto Normativo**
2. **Exposición de Motivos**

DESARROLLO

1. **Texto normativo**

PROYECTO DE LEY _____ DE 2017 SENADO

“por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia del aseguramiento en salud”

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Del objeto y alcance. La presente ley adopta medidas a fin de mejorar la vigilancia, control y aplicación del uso de los recursos financieros del Sistema General de Seguridad Social en

Salud, unificar los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, y brindar transparencia que permita a los asegurados el acceso al servicio de salud como uno de los ejes del aseguramiento en Colombia.

Artículo 2°. Control, inspección y vigilancia. La Superintendencia Financiera ejercerá la vigilancia, control e inspección sobre las entidades promotoras de salud u otras aseguradoras en salud en lo que corresponde a sus niveles de patrimonio, reservas, inversiones y manejo financiero.

Artículo 3°. Del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial. En desarrollo del artículo 113 de la Ley 1438 de 2011, se implementarán los siguientes sistemas integrales:

3.1 El Sistema Integral y Único de Información Financiera: El Gobierno Nacional, con apoyo en la infraestructura tecnológica existente o la que se cree, centralizará la información financiera tanto de las entidades promotoras de salud u otras aseguradoras en salud como de los prestadores, en un sistema único e interoperable en el cual se refleje especialmente la situación de cartera en tiempo real y que permita el ejercicio, vigilancia y control.

3.2 El Sistema Integral y Único Asistencial: El Gobierno Nacional creará un sistema único e interoperable que conecte la gestión de las entidades promotoras de salud u otras aseguradoras en salud con la gestión del prestador del servicio asistencial para: a). Trámite y gestión de autorizaciones y asignación de citas a fin de que bajo ninguna circunstancia se obligue, exija o propicie trámites a cargo del afiliado. b). Registro y consulta de la historia clínica electrónica por parte del equipo médico tratante y de la aseguradora para la gestión del riesgo. Observando las restricciones legales por tratarse de información personal, privada y sensible. c). Unificación de los criterios para la generación y la auditoría de las cuentas médicas en salud.

Parágrafo. El Gobierno Nacional emitirá una única guía y protocolo, la cual será construida con la participación de los actores del Sistema, entre los cuales se encuentran las agremiaciones de aseguradores y prestadores de servicios de salud, para lograr la interoperabilidad del Sistema Integral y Único Asistencial.

Artículo 4°. Portal Único de Contratación de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional apoyado en la infraestructura tecnológica y administrativa existente o la que se cree, centralizará a través de un portal único electrónico la información acerca de la adquisición y venta de tecnologías en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud el cual será operado por la Agencia Nacional de Contratación Pública o la entidad que haga sus veces.

Parágrafo primero. En el Portal Único de Contratación se registrarán las tecnologías en salud adquiridas y sus respectivos precios, permitiendo que las entidades visibilicen dichas transacciones comerciales y la identificación unificada de los servicios de salud.

Parágrafo segundo. Ningún prestador, proveedor o asegurador en salud podrá realizar transacciones comerciales sin que sean registradas o reportadas en el Portal Único de Contratación.

Parágrafo tercero. Las entidades promotoras de salud u otras aseguradoras en salud publicarán los cinco primeros días de cada mes los pagos realizados a sus proveedores en el mes inmediatamente anterior y los proyectados para el mes siguiente. La publicación se hará tanto en la página oficial de la entidad como en el portal único de contratación.

Artículo 5°. Determinación de las obligaciones entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La controversia entre aseguradores en salud, prestadores de servicios o entidades territoriales entre sí, que persista después de agotar el trámite de glosas y recobro deberá definirse para evitar la prescripción de los derechos. Por ello, es deber de todo acreedor acudir a la facultad jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud presentando la respectiva reclamación por las obligaciones que estime expresas, claras y exigibles. Si transcurridos treinta días, la Superintendencia Nacional de Salud no hubiere asumido conocimiento, las partes iniciarán las acciones judiciales pertinentes o podrán acordar la resolución de sus diferencias ante los tribunales de arbitramento según las reglas del Estatuto General de Arbitraje.

Artículo 6°. Manejo de deuda pública para dar liquidez al sistema de seguridad social en salud. Los recursos destinados para salud, especialmente aquellos previstos en la Ley 1608 de 2013 podrán aplicarse bajo la figura de aportes a capital representados en garantías o títulos de deuda pública de que habla el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Para ello, se aplicarán las competencias y autorizaciones previstas en el marco legal para el Sector del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 7°. Aplicación del modelo de la Estrategia de Atención Básica en Salud y operación en redes integrales de servicios de salud. El Gobierno Nacional diseñará y pondrá en marcha el modelo regionalizado de aseguramiento basado en las redes integrales de servicios de salud de que trata el artículo 13 de la Ley Estatutaria en Salud, el cual será el único medio de relacionamiento institucional entre prestadores y aseguradores en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo primero. Las entidades territoriales podrán ejecutar los recursos destinados a las acciones de salud pública colectivas con las aseguradoras que operen en su territorio. Para ello, aplicarán criterios de transparencia y selección objetiva.

Parágrafo segundo. Las entidades que se encuentran autorizadas para ofrecer y vender planes voluntarios están obligadas a depositar ante la Superintendencia Nacional de Salud toda la información relacionada con coberturas, contratos y tarifas treinta días antes de proceder a su colocación en el mercado. De no existir objeción dentro de estos treinta días se entenderá autorizado, sin perjuicio de las verificaciones posteriores que realice la Superintendencia.

Artículo 8°. Prácticas riesgosas financieras y de atención en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En concordancia con el Sistema Preventivo de prácticas riesgosas del artículo 12 de la Ley 1474 de 2011, se consideran como tales – sin ser las únicas – las siguientes:

8.1 Los pagos, compensaciones de cuentas, desembolsos, descuentos o devoluciones con base en notas crédito simulados o sin debido sustento real o fáctico.

8.2 Los acuerdos expresos o tácitos para la entrega directa o indirecta de beneficios como: pagos o subsidios a cualquier actor del sistema de salud, con el propósito de inducir o incentivar la compra o uso de un determinado producto o servicio, o de ganar, exclusividad entre un proveedor y un prestador de servicios o aseguradora en salud.

8.3 El pago de acreencias a los socios o entidades que tengan participación en la entidad aseguradora, sin haber solventado en primera instancia las obligaciones con sus acreedores externos.

Artículo 9º. Uso de los Planes de Atención Complementarios. Se prohíbe a la entidad promotora de salud u otra aseguradora en salud responsable de las coberturas de los planes de atención complementaria afectar los recursos del plan básico del Sistema General de Seguridad Social en Salud sin antes haber agotado las coberturas del plan contratado.

Artículo 10º. Giro Directo. Se autoriza al Gobierno Nacional girar a los prestadores de primer nivel, el pago del 100% de lo facturado cuando la modalidad sea por evento, pago global prospectivo o grupo diagnóstico. A lo prestadores de II, III y IV se autoriza el giro del 80% de lo facturado y el 20% restante, una vez se concilien las cuentas. Es obligación del representante legal del prestador aplicar el giro directo a las obligaciones laborales, con prestadores y con proveedores. Dicha información será publicada en el Portal Único de que trata la presente ley.

Artículo 11º. Aplicación del Giro Directo. El ingreso corriente se afectará con el gasto corriente. Por tanto, los recursos de lo corriente del Giro Directo no se utilizarán para pagar pasivos de 60 y 90 días.

Artículo 12º. Inembargabilidad de los recursos del Sistema de Seguridad social en Salud. El funcionario público que afecte o embargue los recursos del sistema de salud incurrirá en las sanciones previstas en el código disciplinario único. Sin perjuicio de las demás sanciones de orden penal, fiscal y administrativo previstas en el orden jurídico.

Artículo 13º. Vigencia. La presente ley rige desde el momento de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias.

2. Exposición de Motivos

La iniciativa legal se compone de 13 artículos, iniciando con el objeto (artículo 1) en el que se indica el alcance que se pretende teniendo como base el marco legal existente.

En su artículo 2 se establece la competencia técnica e idónea de la Superintendencia Financiera para ejercer su competencia de control, vigilancia e inspección a las entidades promotoras de salud en lo que corresponde a su patrimonio, reservas, inversiones y manejo financiero.

El artículo 3 en sus dos numerales 3.1 propone la centralización de la información financiera en un único sistemas integral interoperable entre los actores del sistema (eps, prestadores y Gobierno Nacional) en el cual principalmente se refleje el estado y comportamiento de cartera en tiempo real.

Por otra parte, en el numeral 3.2 se propone al centralización de la información relevante al deber asistencial en salud, igualmente entre todos los actores (eps, prestadores y Gobierno Nacional) que por su capacidad de interoperabilidad sea el puente de comunicación para la generación y aplicación

de autorizaciones de servicios; el alojamiento y gestión de la historia clínica electrónica con la salvaguarda legal de la información sensible y finalmente, permita unificar criterios de gestión administrativa para las cuentas médicas.

El artículo 4 se propone la creación de un Portal Único de Contratación de Servicios de Salud en el cual se deberán registrar todas las transacciones comerciales que realizan tanto EPS como prestadores, cuando usan los recursos del sistema general de seguridad social, lo cual visibilice los precios y las tecnologías en salud adquiridas.

Por su parte, el artículo 5 pretende superar la indeterminación que hoy existe frente al acreedor y el valor de las obligaciones contraídas por la relación comercial y legal entre las EPS, prestadores, Nación y entes territoriales. Lo anterior, bajo el entendido de que se trata de recursos públicos contenidos en cuentas médicas sometidos a plazos de exigibilidad, es dable observar la obligación para que todo acreedor acuda a los equivalentes jurisdiccionales existentes en el orden jurídico como son la Superintendencia Nacional de Salud (artículo 126 Ley 1438 de 2011), a los tribunales de arbitramento debidamente acordados entre las partes o a la jurisdicción ordinaria o de lo contencioso administrativo, cuando considere que su cuenta es válidamente exigible y así lo pruebe procesalmente. Esto permitirá hacer la depuración de cartera.

El artículo 6 establece la facultad del Gobierno Nacional de acoger la figura de las garantías de deuda pública – incluyendo los previstos en la Ley 1608 de 2013 – para que la banca de primer nivel pueda otorgar los créditos principalmente a los prestadores que requieren urgentemente de liquidez para garantizar la continuidad de la prestación de servicios.

En el artículo 7 se establecen las condiciones para adoptar un modelo regionalizado de aseguramiento mediante la implementación de las redes integrales de servicios. De igual forma se prevé la necesidad de que las aseguradoras puedan apoyar la prestación de las acciones de salud pública colectivas hoy a cargo de las entidades territoriales. La entidad territorial debe observar los principios de la contratación pública para la elección de la (las) aseguradora (s) que apoyarán y aplicarán las mencionadas acciones.

El artículo 8 en sus tres numerales, propone dar aplicabilidad al Sistema Preventivo de prácticas riesgosas previsto en el actual Estatuto Anticorrupción enlistando – sin pretender agotarlas – algunas acciones identificadas como reiteradas y nocivas para el Sistema de Seguridad Social en Salud. *Verbi gracia*, el uso de notas de crédito sin respaldo que acredite el hecho económico real que la justifique; los acuerdos que busquen exclusividad entre aseguradores, prestadores y proveedores entre sí. Los pagos de pasivo interno que la aseguradora realice sin haber antes solventado su pasivo externo.

El artículo 9 se prohíbe expresamente que las atenciones de planes voluntarios los cuales principalmente deben financiarse con el aporte particular del usuario interesado, puedan imputarse a los recursos (cotización) del plan básico del sistema general de seguridad social en salud.

El artículo 10 se modifica el artículo d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 a fin de garantizar través de la plataforma de giro directo, el pago a del 100% del valor facturado a los prestadores de primer nivel, y de un 80% a los demás prestadores de niveles II, III y IV.

El artículo 11 brinda orientaciones para la aplicación de los pagos que reciben los prestadores de servicios asistenciales en salud a través del giro directo, estableciendo la obligación expresa a cargo del representante legal en ordenar su aplicación a las obligaciones laborales con sus trabajadores, con sus prestadores y proveedores. Por consiguiente, se prohíbe que con ellos se paguen obligaciones cuya antigüedad daten de 60 y 90 días.

Artículo 12 establece expresamente que la inobservancia del principio de inembargabilidad de los recursos de salud reconocido tanto en la Constitución Política (art. 48) como en el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015, generan las responsabilidades disciplinarias, fiscales, penales y administrativas que acarrea desatender el principio de legalidad propia de la función y servicio público.

Finalmente, el artículo 13 prevé la vigencia.

Para los suscribientes de la presente iniciativa pretende superar situaciones que hoy no permiten el cabal cumplimiento de la función del Aseguramiento. Así, se parte del marco legal existente como es el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual al definir esta labor o servicio señala:

*“Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, **la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.** Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud. (subrayas fuera del texto)*

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento...” (sigue texto de la norma vigente)

En consideración a lo anterior, el objeto de la iniciativa es la de hacer posible el acceso a las prestaciones asistenciales en salud como el objeto del aseguramiento en Colombia, entendiendo que ello sólo puede lograrse emprendiendo las acciones coordinadas y armónicas de todos los operadores del Sistema General de Seguridad Social para lograr materialización del goce efectivo del derecho a la salud de todos los colombianos. Todo ello, bajo la estructura y el diseño normativo e institucional con el cual cuenta nuestro orden jurídico.

Es necesario indicar que el proyecto no pretende modificar condiciones del servicio de prestaciones económicas de que trata el Régimen Contributivo; como tampoco modifica las condiciones vigentes de habilitación de prestadores o aseguradores. Su pretensión es acoplar, construir y adelantar las acciones pertinentes y práctica que hagan aplicable la Estrategia de Atención Básica en Salud proyectada por la Ley 1438 de 2011 sobre la cual existe consenso y es el centro de la gestión del riesgo en salud como la razón para diseñar y aplicar el modelo de atención en salud al paciente con el apoyo de redes integrales de servicios.

Por tanto, la iniciativa parte del convencimiento de un trabajo conjunto y armónico a fin de que tanto el Gobierno Nacional, como las aseguradoras en salud y los prestadores de servicios asistenciales de salud generen la sinergia necesaria para una óptima gestión del riesgo financiero; gestión del

riesgo en salud y la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo. Todo además, con mira a clarificar, sanear y determinar las obligaciones pendientes de pago – cartera – que hoy ocasiona, falta de confianza, evita el acceso a recursos – crédito y financiación – y cierre de servicios.

Colofón de lo anterior, se encuentran en el articulado un componente de normas para prevenir y corregir las prácticas que atentan contra el Derecho a la Seguridad Social y a la Salud. Así, se enlista - sin pretender agotarlas – las prácticas reiteradas y detectadas en el Sistema de Seguridad Social en Salud que por su efecto nocivo consideramos deben hacer parte del **Sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud** se creado mediante el artículo 12 del Estatuto Anticorrupción (Ley 1474 de 2011).

2.1. Sujetos determinantes para lograr la Garantía del Acceso al Servicio Asistencial en Salud

Los sujetos pasivos de la normatividad, claramente determinados y con actividades que aunque no son nuevas si pretendemos activarlas, ajustarlas y en casos específicos que sean apoyadas armónicamente:

- a. **El Gobierno Nacional** quien deberá activar las funciones, competencias y facultades del Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia Financiera y el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) dentro del marco general del sistema de seguridad social en salud a fin de hacer posible la acciones propuestas.
- b. **Las Entidades Territoriales** quienes en razón al Principio de Descentralización¹ previsto en la Carta Política y haciendo uso de sus competencias de administración de recursos, financian el Sistema de Seguridad Social en Salud (Ley 715 de 2001) y por tanto, acometen las acciones de salud pública determinantes para la Estrategia de Atención Básica en Salud. En ello, confiamos puedan ser apoyadas mancomunada y concertadamente por las aseguradoras con sentido regionalizado y el enfoque diferencial, para atender las necesidades específicas de la población de los departamentos y municipios de nuestro país.
- c. **Aseguradoras en salud (bajo las cuales debe entenderse las entidades promotoras de salud)** quienes mediante su naturaleza² asumen la función del aseguramiento representadas en actividades, obligaciones y responsabilidades asumiendo el riesgo en salud que traslada el afiliado hacia ellas. Así, en la presente propuesta las acciones y estímulos reconocidos permitirá que puedan administrar el riesgo financiero de manera más ordenada, procurando que dichos riesgos sean controlados igualmente por otros actores

¹ Art. 287. Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos: 1. Gobernarse por autoridades propias. 2. Ejercer las competencias que les correspondan. **3. Administrar los recursos** y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones. **4. Participar en las rentas nacionales.**

² Con este vocablo se entienden a las administradoras de planes de beneficios (EAPB) entre las cuales son: entidades promotoras de salud (EPS) y entidades adaptadas (EOC)

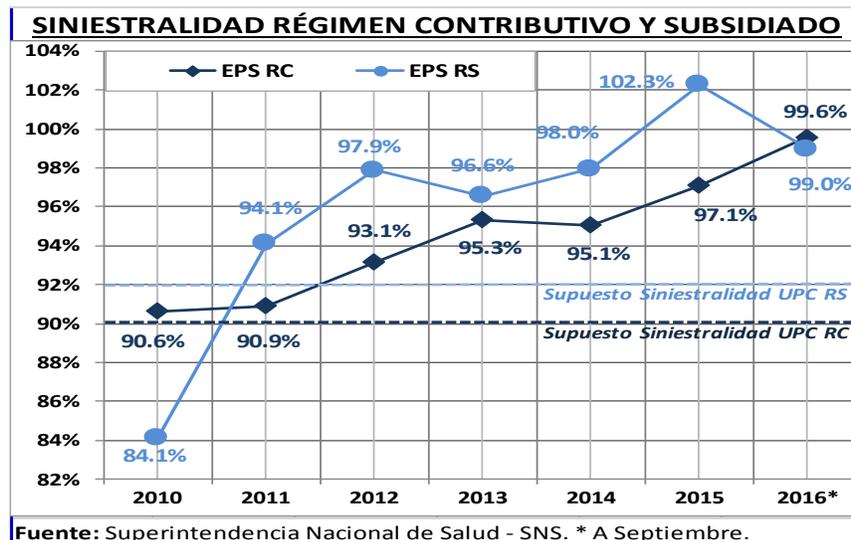
que son determinantes para ello y que participan activamente en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

- d. **Prestadores de servicios de salud** cuya atención - incluyendo a los profesionales independientes – son fundamentales para que pueda realizarse el objetivo de la presente iniciativa. Se estima necesaria su participación, ya que el Sistema de Seguridad Social en Salud debe ser idóneo para que el servicio, derecho y deber de la seguridad social pueda expresarse en el efectivo acceso a la prestación del servicio asistencial en salud en condiciones de calidad, pertinencia médica, autonomía médica y el sentido humano hacia la persona y su familia. De ahí que – entre otras medidas - nos permitamos proponer que las acciones de salud pública colectivas puedan vincular la acción de gestión del riesgo del Asegurador expresada en los prestadores de servicios de salud, activando la estrategia de la operación de las redes integrales de servicios de salud.

2.2. Contexto

En la búsqueda de enfoques que expresen las distintas preocupaciones pero también orienten visiones para encontrar alternativas de solución, deseamos compartir los datos del crecimiento del gasto en materia de salud que en los últimos años supera el nivel de ingresos de la Aseguradora (superior al 90%) ya que el costo médico se incrementó frente a los ingresos operacionales de las Aseguradoras. Nótese que el costo médico es la base para el cálculo de la UPC en el régimen contributivo, en los últimos cinco años (gráfico 1)

Grafico 1



De igual manera, el gremio de Aseguradoras en Salud encuentran que el modelo de aseguramiento a partir de la ley 100 de 1993 ha permitido el mayor acceso a los servicios de salud (Cuadro 2), la

cobertura (Gráfico 3), el cambio del perfil de población que hoy tiene una base mayor de 60 años (Gráfico 4). Acompañado del aumento del costo por el incremento de la presión tecnología en medicamentos y dispositivos, principalmente. (Gráfico 5).

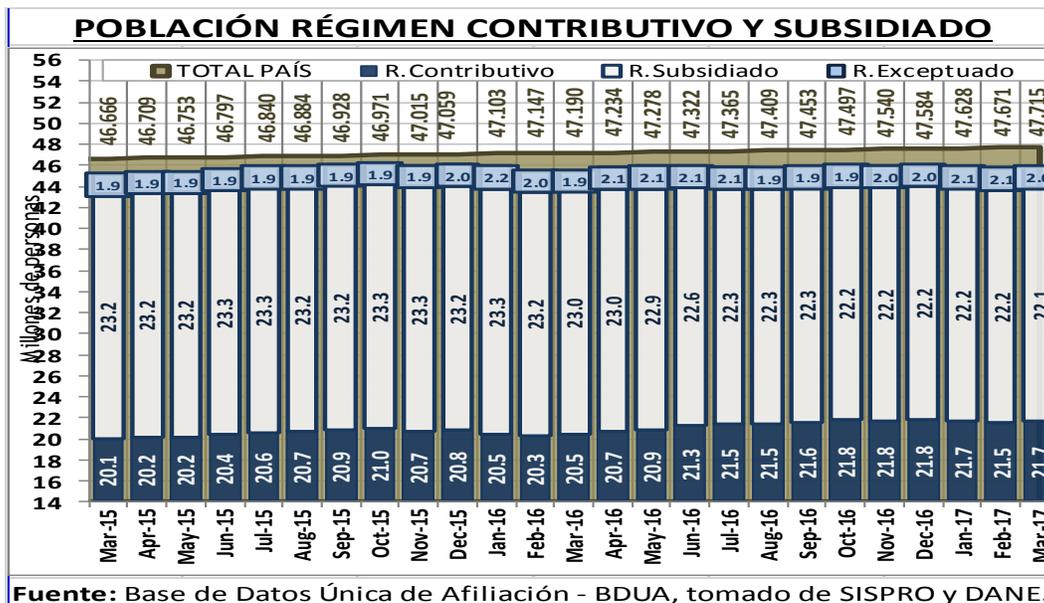
Cuadro 2. Atenciones en salud

Tipo de Servicio	2.008	2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014
Procedimientos	115,228,163	136,662,348	177,575,477	200,745,078	194,801,448	217,592,228	221,454,380
Insumos		3,045,360	6,519,333	7,637,594	7,558,731	21,731,275	19,645,302
Medicamentos	64,207,085		132,715,557	134,327,104	149,967,536	157,174,330	156,100,456
Total general	179,435,248	139,707,708	316,810,367	342,709,776	352,327,715	396,497,833	397,200,138

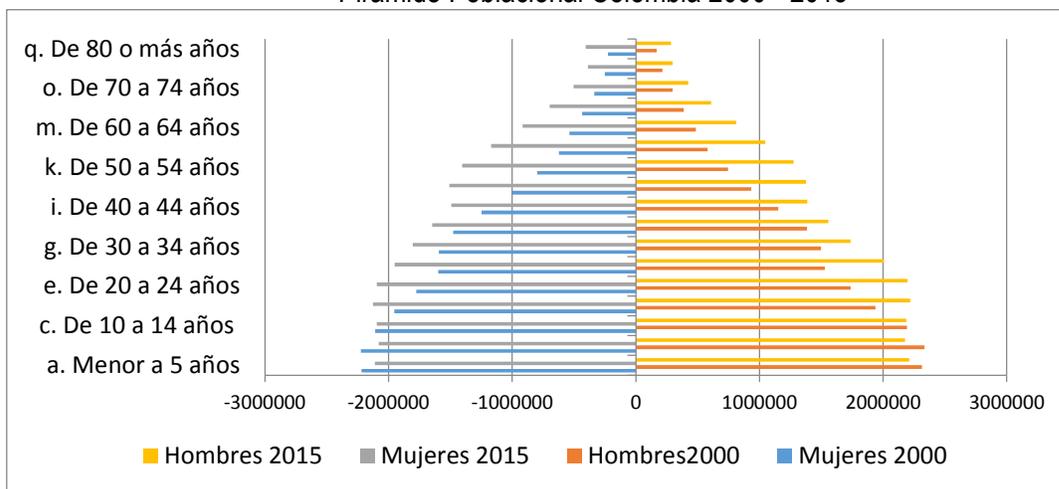
Cubo gestión de la demanda- SISPRO. Ministerio de

Fuente: Salud y Protección Social

Gráfica 3

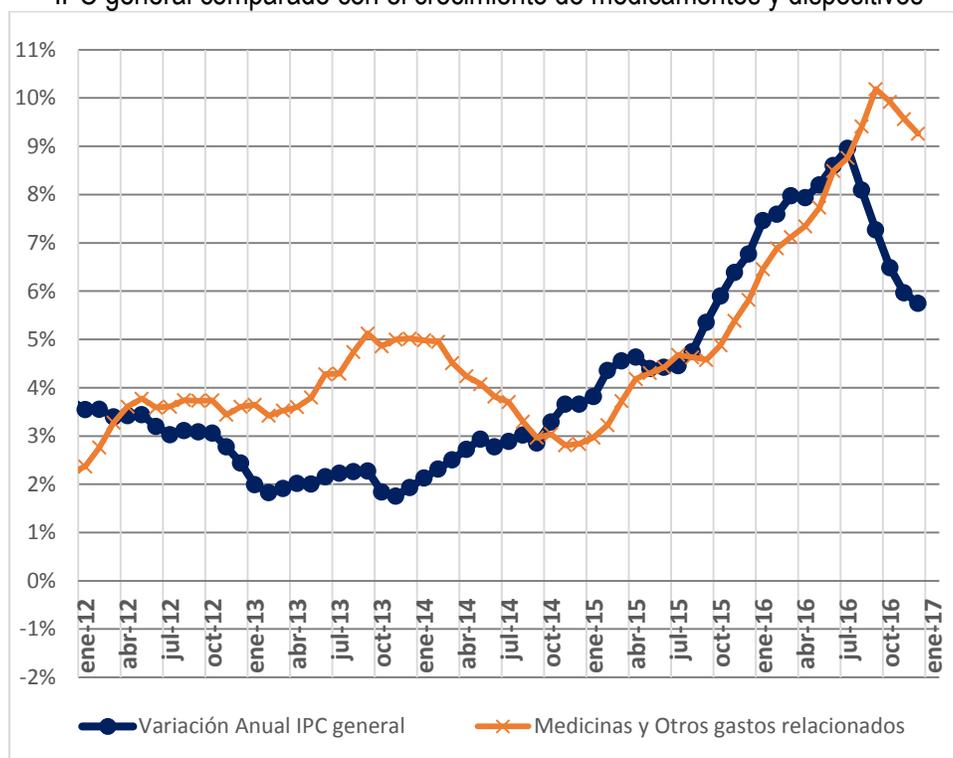


Gráfica 4
Pirámide Poblacional Colombia 2000 - 2015



Fuente: ACEMI.

Gráfica 5
IPC general comparado con el crecimiento de medicamentos y dispositivos



Fuente: ACEMI.

2.3 Medidas específicas y su justificación

Expresados en los anunciados numerales, al Honorable Congreso de la República y a la comunidad en general se presentan medidas para reforzar la gestión del aseguramiento en salud que se explican, así:

- + **Creación del Portal Único para la contratación en salud (Art. 4):** Plataforma a la cual todos los actores concurrirán a publicar, registrar y consultar de manera transparente y pública los bienes, servicios, suministros, medicamentos, dispositivos y en general, las tecnologías en salud de mayor demanda. Dicha herramienta, permitirá que tanto el Gobierno Nacional, como los aseguradores, los prestadores de servicios de salud (incluyendo los profesionales independientes) y los usuarios en general, puedan conocer los precios, proveedores y servicios para su elección.

Es de resaltar que existe antecedente vigente para lograr el objetivo, si se tiene en cuenta que la contratación electrónica fue prevista para las empresas sociales del Estado en el artículo 76 de la Ley 1438 de 2011, que indicó:

“Artículo 76. Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado. Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas **o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala**, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la Junta Directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

Igualmente, las Empresas Sociales del Estado podrán contratar de manera conjunta sistemas de información, sistema de control interno, de interventorías, gestión de calidad y auditorías, de recurso humano y demás funciones administrativas, para el desarrollo de actividades especializadas, de tipo operativo y de apoyo que puedan cubrir las necesidades de la empresa, de forma tal que la gestión resulte más eficiente, con calidad e implique menor costo.

Estas instituciones podrán utilizar mecanismos de subasta inversa para lograr mayor eficiencia en sus adquisiciones”.

La presente propuesta y la base normativa anterior, intenta resolver la incertidumbre sobre la aplicación de los recursos de salud puesto que hoy no existe un instrumento que brinde certeza para conocer cuál es el valor de la compra y venta de servicios de salud; en qué porcentaje los recursos del Fosyga van a gastos asistenciales en salud y quiénes son sus destinatarios.

Es de indicar que ante un presupuesto tan importante como es el destinado a salud, sería valiosa una herramienta unificadora y pública que pudiese responder en quiénes o en qué se aplicaron los recursos, *verbi gracia*, los previstos en La Ley 1815 de 2016 por medio de la cual se adoptó el Presupuesto General de Rentas y Gastos para Colombia. En 2017, la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga recibió un poco más de 5 billones de pesos³, los cuales siguiendo la orientación del informe de Presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social en 2016 muy posiblemente **serán destinados a la sostenibilidad de la afiliación del Régimen Subsidiado que se traduce en contratación de servicios:**

³ LEY 1815 de 2017. Art. 2o. Se estima la cuantía de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para la vigencia fiscal de 2017 en la suma de cinco billones ciento treinta mil doscientos treinta y cuatro millones de pesos (\$5.130.234.000.000) moneda legal.

Tabla No. 4 Relación Proyectos de Inversión 2016
Unidad Ejecutora Ministerio de Salud – Gestión General

COD. BPIN	COD. PPTAL.	NOMBRE DEL PROYECTO	APROPIACIÓN INICIAL
0027-05431-9999	630-1500-1	PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD - SUBCUENTA DE PROMOCIÓN FOSYGA - PREVIO CONCEPTO DNP	6.179.999.824
0027-05430-9999	630-304-1	MEJORAMIENTO DE LA RED DE URGENCIAS Y ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CATASTROFICAS Y ACCIDENTES DE TRANSITO-SUBCUENTA ECAT FOSYGA	220.420.000.000
2013-01100-0353	630-305-4	APOYO SOSTENIBILIDAD AFILIACION DE LA POBLACION POBRE Y VULNERABLE ASEGURADA A TRAVES DEL REGIMEN SUBSIDIADO	4.070.000.000.000
			4.296.599.999.824

Sabemos hoy por el informe de Inversiones del Ministerio de Salud y Protección Social, grandes números de inversión lo cual es importante. Sin embargo, la crisis de credibilidad sobre el uso de los recursos y el encarecimiento de los servicios por la excesiva intermediación, obliga a procurar la visibilización de las transacciones comerciales que puede ayudar a que éstas sean más económicas y garantizar, mayores recursos para la atención asistencial al paciente. Eso es lo que queremos los que suscribimos esta propuesta.

- + **Unificación de la información Financiera y Asistencial a través de la estrategia de un Sistema Integral y Único:** Esta medida tiene como antecedente en vigencia y aplicación del propósito de un sistema único de que habla el artículo 113 de la Ley 1438 de 2011, que permita el trabajo interconectado (interoperable) de todas las aseguradoras de salud, prestadores y Gobierno Nacional.

Así, la propuesta versa en la creación de un sistema único integral para:

- Sistema Único de información financiera que garantice registro, consulta y control de aspectos tales como: edad (antigüedad) de la cuenta médica que contiene el servicio de salud facturado, precio y fecha de pago.

Es de aclarar que la propuesta va más allá del actual SISPRO (sistema integral de información de Protección Social) que hoy sólo refleja los recursos devengados y aplicados en cumplimiento de la función administrativa de la entidad administradora de los recursos. Este sistema financiero tiene como propósito conocer el comportamiento de los aseguradores y prestadores, especialmente el estado real de su cartera. Nótese que actualmente el Fosyga (hoy ADRES) sólo gestiona cuentas después del proceso administrativo de recobros y reclamaciones, el cual tienen inmensos rezagos dejando un gran margen de incertidumbre respecto a los estimativos que hacen los aseguradores y prestadores con relación a la misma materia.

- Sistema Único Asistencial que busca la centralización de la información concerniente a la gestión del riesgo en salud. Aprovechando su interoperabilidad se podrán superar por ejemplo, las grandes filas para tramitar autorizaciones, o el fraccionamiento de la historia clínica del paciente que es nocivo para la continuidad de un tratamiento en salud. Así, como un entendimiento en la gestión de las cuentas médicas que reflejan los servicios prestados.

Tal y como se citó en el acápite anterior, encontramos un antecedente importante para la unificación de información, en el ya mencionado los artículos 113 e inciso segundo del artículo 76 de la Ley 1438 de 2011, se autoriza:

“Artículo 113. Sistema de Información Integrado del Sector Salud. El Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones – TIC”

“Artículo 76. Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado.

...

Igualmente, las Empresas Sociales del Estado podrán contratar de manera conjunta sistemas de información, sistema de control interno, de interventorías, gestión de calidad y auditorías, de recurso humano y demás funciones administrativas, para el desarrollo de actividades especializadas, de tipo operativo y de apoyo que puedan cubrir las necesidades de la empresa, de forma tal que la gestión resulte más eficiente, con calidad e implique menor costo”.

El impacto de un Sistema Único centralizado no riñe con los sistemas unificados de un grupo o grupos de instituciones prestadoras de salud que pudiesen existir, ya que el mismo deberá ser el repositorio de la gestión de información del sector presentado bajo criterios unificadores, que permitan hacer lecturas conjuntas y homogéneas bajo parámetros unívocos que propicien una gestión coordinada y conjunta del servicio de aseguramiento en salud.

Finalmente, esta concepción de unificación contando con la infraestructura hoy existente, deberá anclarse a la historia clínica electrónica unificada o de los datos clínicos unificados que son de alta importancia en un sistema unificado y así evitar la interrupción de tratamientos por situaciones administrativas como “afiliación de un asegurador a otro” o “cambio de institución prestadora de servicios de salud”.

Es de anotar que lo anterior, se encuentra autorizado desde 2011 aunque fue derogado por el Plan de Desarrollo 2010 – 2014, aún sin operación en el artículo 45 de la Ley 1753 de 2011 para formularse de otra manera, así:

“Artículo 45. Estándares, modelos y lineamientos de tecnologías de la información y las comunicaciones para los servicios al ciudadano. Bajo la plena observancia del derecho fundamental de hábeas data, el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC), en coordinación con las entidades responsables de cada uno de los trámites y servicios, definirá y expedirá los estándares, modelos, lineamientos y

normas técnicas para la incorporación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), que contribuyan a la mejora de los trámites y servicios que el Estado ofrece al ciudadano, los cuales deberán ser adoptados por las entidades estatales y aplicarán, entre otros, para los siguientes casos:...

b) Historia clínica electrónica...”

Hacemos esta necesaria referencia normativa para evitar que se interprete que estamos generando gastos o impacto fiscal, pues las normas donde anclamos la iniciativa ya están vigentes en el orden jurídico.

ASIGNACIÓN DE COMPETENCIA DE SUPERVISIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA SOBRE LA GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO A LA SUPERINTENCIA FINANCIERA

Desde la vigencia de la Ley 100 de 1993 en el cual se ordena de manera sistemática la atención del servicio, derecho y deber de la Seguridad Social se identificaron los riesgos de enfermedad (subsistema de salud), enfermedad o muerte por accidente de trabajo (subsistema de riesgos laborales) y de vejez (subsistema de pensiones) los cuales a su vez serían atendidos por el conjunto de instituciones y autoridades que protegieran a la población cuando dichos riesgos se materializaran.

Así, la Ley 100 de 1993 se preocupó por exigir unas condiciones patrimoniales y financieras de quienes asumirían las labores de operación de estos tres riesgos. En tratándose del riesgo de enfermedad por causa común – no laboral – tanto en el numeral 7 como en el 8 del artículo 180 de la citada ley, solicitó a las entidades administradoras de planes de beneficios unos márgenes de solvencia que garantice la liquidez para adelantar la gestión del riesgo en salud de sus afiliados que apareja el riesgo financiero.

De esta forma y tras la crisis de 2006, el legislador decidió en 2007 y 2011 mediante la Ley 1122 y Ley 1438 respectivamente, revestir al Gobierno Nacional para los ajustar márgenes de solvencia⁴, ajustar requisitos habilitantes y de permanencia, de capacidad financiera, técnica y de calidad para el aseguramiento en salud de manera más técnica y quizá rigurosa. Sin embargo, dejó la revisión técnica de estos parámetros a la Superintendencia Nacional de Salud cuya suficiencia probada se encuentra en la supervisión de la gestión del riesgo en salud pero no financiero.

Atendiendo al principio general del derecho que indica **“a una misma razón una misma disposición”** los presentes suscritos de la iniciativa, persistimos en la intención de que la Superintendencia Financiera sea la entidad técnica que inspeccione, vigile y controle la gestión del riesgo financiero que las aseguradoras en salud ejercen al ser una de las cinco funciones fundamentales que la Ley 1122 de 2011 prevé en su artículo 14. Ello, sin perjuicio de la labor de

⁴ Ya en el año 2015, la Superintendencia Nacional de Salud informaba que el sector de aseguramiento se encontraba en crisis financiera al detectar un margen de solvencia de menos \$5.3 billones en 29 aseguradoras de salud del país.

inspección, vigilancia y control que realice la Superintendencia Nacional de Salud sobre la gestión del riesgo en salud y prestación asistencial.

Lo anterior, habida cuenta de que la Superintendencia Financiera viene adelantando dicha función en entidades, como por ejemplo las aseguradoras de riesgos laborales que gestionan el riesgo financiero y de salud de sus trabajadores. Así, esta medida se justifica tanto más cuanto que la gestión financiera que realiza una aseguradora en salud se encuentra diaria y constantemente con la labor de gestión financiera de la aseguradora de riesgos laborales, recuérdese que al tratar un evento derivado de una enfermedad laboral con una dolencia del mismo trabajador por origen común, estas gestiones se entrelazan. Así, pues la distinción hoy existente de la entidad supervisora no encuentra un asidero razonable.

Al necesario superar la desactualización del comportamiento de las funciones del aseguramiento, que involucra la gestión de riesgo financiero - hoy entendido como propio del Subsistema de Riesgos Laborales – acoplándolo al razonable control técnico y unificado de la Superintendencia Financiera se superaría la distinción cuyo único origen es la de encontrarse en norma de 1994 cuando el Gobierno Nacional de entonces, otorgó dicha competencia a la otra Superintendencia Bancaria (Art. 84 Decreto Ley 1295 de 1994⁵).

Así, ante el reforzamiento de las acciones que se requieren para implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud vigente desde 2011, es pertinente que la Superintendencia Financiera asuma de manera integral la función sobre el patrimonio, reservas, inversiones y manejo financiero de las aseguradoras. Incluso, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 122 de la Ley 1438 de 2011, el cual exige la entrega de información financiera a la Superintendencia Nacional de Salud misma que por el principio de colaboración armónica entre las entidades supervisoras puede facilitarse con la creación del Sistema Único de Información Financiera.

⁵ Artículo 84. Vigilancia y Control. Corresponde a la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la vigilancia y control de todos los aspectos relacionados con la administración, prevención, atención y control de los riesgos profesionales que adelanten las entidades administradoras de riesgos profesionales.

Corresponde a la Superintendencia Bancaria el control y vigilancia de las entidades administradoras de riesgos profesionales, en relación con los niveles de patrimonio, reservas, inversiones y el control financiero, sin perjuicio de las demás funciones asignadas de manera general a la Superintendencia Bancaria para las labores de inspección y vigilancia respecto de las entidades vigiladas.

Corresponde al Ministerio de Salud el control y vigilancia de la prestación de los servicios de salud en los términos establecidos en el Libro II de la ley 100 de 1993.

- ✚ **Aplicación de los equivalentes jurisdiccionales previstos en el orden jurídico a fin de finiquitar la situación generada por la indeterminación de las obligaciones en dinero contenidas en las denominadas cuentas de médicas (documentos de cobro) cuya naturaleza de factura tiene plazos de exhibibilidad.**

El Gobierno Nacional en la Ley 1753 de 2015 Plan de Desarrollo 2014 – 2018 (artículo 73) decidió fijar los términos de prescripción a los procedimientos de recobro/cobro sobre las cuentas médicas radicadas por obligaciones por fuera del plan de beneficios de las entidades recobrantes, así:

*“Artículo 73. **Procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud.** Los procesos de recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en Salud que se surten ante el Fosyga o la entidad que asuma sus funciones se regirán por las siguientes reglas:*

Tratándose de recobros y reclamaciones:

a) El término para efectuar reclamaciones o recobros que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga será de tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fosyga.

b) El término para la caducidad de la acción legal que corresponda, se contará a partir de la fecha de la última comunicación de glosa impuesta en los procesos ordinarios de radicación, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) o quien este designe.

c) En el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el Fosyga y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción legal que corresponda, solo se exigirá para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, los cuales serán determinados por el MSPS. Para tales efectos, las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas. El pago de las solicitudes aprobadas estará sujeto a la disponibilidad presupuestal de recursos para cada vigencia, sin que haya lugar al reconocimiento de intereses moratorios por las solicitudes que se presenten bajo este mecanismo.

Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de Seguridad Social en Salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna”.

Situación que genera una gran incertidumbre habida cuenta de las diferentes posiciones respecto a la cuantía de la cartera y del obligado al pago de la misma, como reflejan estos informes:

El 13 de Julio de 2017⁶, la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACHC) informó a la opinión pública la situación de la cartera de sus afiliados así:

“La deuda a los hospitales y clínicas por la prestación de servicios de salud llegó a los \$7.3 billones de pesos, siendo este el mayor monto de cartera adeudado en los últimos 18 años, con el agravante que el 66% es cartera en mora, es decir \$4.8 billones, así lo revela el estudio más reciente realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, con corte a Diciembre 31 de 2016 en una muestra de 135 instituciones.

La EPS del régimen contributivo siguen siendo los mayores deudores de los hospitales con \$2.9 billones de pesos que corresponden al 40% de la deuda total, seguidos por las EPS del régimen subsidiado con \$2.3 billones, es decir el 32.5% de la deuda; en tercer lugar el Estado, que incluye los Entes Territoriales y el Fosyga, con \$742.706 millones de pesos, que equivale al 10.2% de lo adeudado. El 17% restante lo adeudan empresas de medicina prepagada, aseguradoras Soat, magisterio, IPS, empresas y particulares”.

Por su parte ya en 2015, la cartera referida por las aseguradoras reporta la siguiente cifra global⁷:

“En el régimen contributivo el problema se origina en el gasto creciente de los servicios NO POS que representan cerca del 27% del total del gasto médico y que buena parte de él tampoco fue reembolsado por el FOSYGA. Esto se tradujo en una cartera acumulada por cobrar al FOSYGA que a diciembre de 2014 ascendió a \$3,5 billones, 60% del activo total”.

Por ello, en 2016 el gremio de aseguradoras en salud del país dirigió sentida carta al Gobierno Nacional el pasado 19 de septiembre en el cual expresa:

“Los escenarios financieros que hemos efectuado con toda rigurosidad permiten concluir que el funcionamiento del Sistema de Salud requiere recursos adicionales a lo actualmente destinado, mínimo del orden de 4,5 billones para que el sector pueda seguir operando y funcionar con lo mínimo el próximo año, mientras se abordan las reformas estructurales que se requieren”.

Hoy no existe un registro de cartera u obligación pendiente consolidada a cargo de la Nación o los entes territoriales. Para dar un contexto tomamos un reporte de las diferencias presentadas en las mesas técnicas de conciliación de 2013, donde se puede apreciar la distancia entre las cuentas o valores que coinciden y aquellas que no:

⁶ Tomado de: <http://www.achc.org.co/noticias.php?idnoticia=176>

⁷ Tomado de: <https://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/10-actualidad/comunicados/706-acemi-opina-liquidacion-de-caprecom-y-saludcoop-6>

2. RESULTADO DE LAS MESAS DE DEPURACIÓN Y CONCILIACIÓN.

Durante las mesas de conciliación y depuración de cartera realizadas entre el 27 y 29 de mayo de 2013, participaron en los tres días de la jornada:

- ✓ 28 ET
- ✓ 30 EPS
- ✓ Las entidades territoriales reportaron un valor de deuda total de:

Cifras en Millones

C X C Reportadas EPS	C x P Reportadas ET	Valor Coincide ET - EPS	Menor Valor ET - EPS	Glosa Aceptada EPS
\$219,515	\$140,794	\$7,680	\$85,985	\$5,259

Ante esta situación es menester indicar, que nuestro orden jurídico prevé varias instituciones procesales y sustanciales que pueden ser aplicadas a fin de finiquitar esta diferencia y precaver la caducidad de las acciones y la prescripción de los derechos contenidos en las cuentas médicas. Nótese que estas cuentas médicas son facturas de venta tal y como lo reconoce el parágrafo primero del artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 al remitir sus requisitos a la Ley 1321 de 2008 “por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para el micro, pequeño y mediano empresario, y se dictan otras disposiciones”, así:

“Artículo 50. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).

..

*Parágrafo 1°. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la **Ley 1231 de 2008**”.*

Derivado de esta condición, se cuenta con la referencia en la más reciente Resolución 3951 de 2016 cuando al solicitar los anexos para los denominados “recobros/cobros” indica:

“Artículo 34. Para el proceso de verificación de los recobros/ cobro. Además de los documentos generales de presentación de recobros/cobros previstos en el artículo anterior, para efectos de la verificación, las entidades recobrantes deberán radicar su solicitud junto con los siguientes documentos:

...

2. Copia de la factura de venta o documento equivalente.”

Para comprender la medida propuesta, es de la mayor relevancia indicar que la naturaleza de factura cambiaria dentro de los procesos administrativos de “recobro” las cuentas médicas (documentos de cobro por servicios prestados) sigue conservando su naturaleza y para su ejecutabilidad permite activar las instituciones sustanciales y procesales a fin de determinar de manera definitiva las obligaciones pendientes y los titulares de éstas (determinación del obligado al pago).

Así, al entender que las obligaciones soportadas en cuentas médicas cuyas características son las que posee el artículo 617 del Estatuto Tributario - esto es factura de venta - genera que hoy sea imperativo revisar los términos de prescripción contenidas en ella, en caso de que se encuentren dentro de los términos de exigibilidad de los títulos valores o de títulos ejecutivos de los que habla la normatividad comercial.

Para comenzar se debe partir de la naturaleza de título valor como lo prevé la Ley 1231 de 2008, que en su artículo 1 modificó el artículo 772 del Código de Comercio en los siguientes términos:

“Artículo 1°. El artículo 772 del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: Factura es un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.

No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito.

El emisor vendedor o prestador del servicio emitirá un original y dos copias de la factura. Para todos los efectos legales derivados del carácter de título valor de la factura, el original firmado por el emisor y el obligado, será título valor negociable por endoso por el emisor y lo deberá conservar el emisor, vendedor o prestador del servicio. Una de las copias se le entregará al obligado y la otra quedará en poder del emisor, para sus registros contables.

Parágrafo. Para la puesta en circulación de la factura electrónica como título valor, el Gobierno Nacional se encargará de su reglamentación”.

En consideración a esta remisión, es menester indicar sobre la exigibilidad de dichos título valor – factura de venta – se debe indicar que la citada Ley 1231 ordenó modificar el artículo 799 del Código de Comercio al indicar que a las factura de venta habría que aplicarles las normas relativas a la letra de cambio:

“Artículo 5°. El artículo 779 del Decreto 410 de 1971, Código de Comercio, quedará así: Aplicación de normas relativas a la letra de cambio. Se aplicarán a las facturas de que trata la presente ley, en lo pertinente, las normas relativas a la letra de cambio.

Lo que supone que desde 2008, la factura de venta tiene la naturaleza de título valor y por ende puede darse la aplicación de la institución de la acción cambiaria la cual establece una caducidad de tres años, así:

*“Artículo 789. **Prescripción de la acción cambiaria directa.** La acción cambiaria directa prescribe en tres años a partir del día del vencimiento”.*

Para llamar la atención de la importancia de este tema debemos hacer esta necesaria relación y concordancia, pues nótese que la prescripción del proceso administrativa del numeral a) del citado artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, también establece los tres años. Esto debido a que el Gobierno Nacional aplicará la pérdida de la capacidad de reclamación del título valor.

En gracia de discusión, si se admitiese que la factura de no dar la naturaleza de título valor – más que nada a las facturas de servicios de salud anteriores a la entrada en vigencia de la Ley 1231 de 2008, existe senda jurisprudencia la cual indica que a las cuentas médicas o las obligaciones que contienen obligaciones claras, expresas y exigibles – esto es son títulos ejecutivos – les aplican los términos de la caducidad de la acción ejecutiva de los artículos 2536 de código de civil colombiano que prevé:

*“Artículo 2536. **Prescripción de la acción ejecutiva y ordinaria.** La acción ejecutiva se prescribe por cinco (5) años. Y la ordinaria por diez (10).*

La acción ejecutiva se convierte en ordinaria por el lapso de cinco (5) años, y convertida en ordinaria durará solamente otros cinco (5).

Una vez interrumpida o renunciada una prescripción, comenzará a contarse nuevamente el respectivo término”.

Dados los perentorios términos debemos indicar que la reclamación idónea y que previene la caducidad y prescripción general de las obligaciones debe hacerse ante las instituciones procesales HETERÓNOMAS – jueces ordinarios o equivalentes jurisdiccionales – que revestidos por ley de manera permanente o transitoria pueden decidir en derecho y con fuerza de cosa juzgada, las obligaciones y obligados hoy indeterminados para precaver la prescripción de los derechos y la caducidad de las acciones.

Esto es, acudir a la facultad jurisdiccional del artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 que indica:

“Artículo 126. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Adiciónense los literales e), f) y g), al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, así:

e) Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo;

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

g) Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador.

Modificar el párrafo 2° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

*La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante. La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. **Dentro de los diez días siguientes a la solicitud se dictará fallo**, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento. Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad”.*

De otro lado, se encuentra el reconocimiento constitucional a convocar y acudir al arbitramento como equivalente jurisdiccional al que pueden acudir mediante acuerdo previo o posterior a la relación que generó la diferencia y que en tratándose de sujetos de derecho público es viable siempre que se agoten la recomendación, aprobación y viabilidad que la legislación prevé en los casos en los que el Estado – en todas sus expresiones – acude a este equivalente.

“Artículo 116. Modificado por artículo 1 del Acto Legislativo No. 3 de 2002. El nuevo texto es el siguiente:

...

Los particulares pueden ser investidos transitoriamente de la función de administrar justicia en la condición de jurados en las causas criminales, conciliadores o en la de árbitros habilitados por las partes para proferir fallos en derecho o en equidad, en los términos que determine la ley”.

Con base en ello, y precaviendo el interés general que debe orientar a las entidades públicas, la Ley 1563 de 2012 que dicta las normas generales en materia de arbitramento prevé:

“Artículo 1°. Definición, modalidades y principios. El arbitraje es un mecanismo alternativo de solución de conflictos mediante el cual las partes defieren a árbitros la solución de una controversia relativa a asuntos de libre disposición o aquellos que la ley autorice.

El arbitraje se rige por los principios y reglas de imparcialidad, idoneidad, celeridad, igualdad, oralidad, publicidad y contradicción.

El laudo arbitral es la sentencia que profiere el tribunal de arbitraje. El laudo puede ser en derecho, en equidad o técnico.

En los tribunales en que intervenga una entidad pública o quien desempeñe funciones administrativas, si las controversias han surgido por causa o con ocasión de la celebración, desarrollo, ejecución, interpretación, terminación y liquidación de contratos estatales, incluyendo las consecuencias económicas de los actos administrativos expedidos en ejercicio de facultades excepcionales, el laudo deberá proferirse en derecho”.

De igual manera, en cuanto a la comparecencia de entidades públicas o autoridades con funciones administrativas deberá observarse la notificación a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado cuando la accionada sea una entidad pública (artículo 12 de la citada Ley 1563 de 2012); así como la revisión de los laudos arbitrales o la anulación de los mismos a cargo de la Sección Tercera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado, como lo prevé el artículo 46 ibid.

Todo lo anterior, sin perjuicio de la posibilidad de acudir de manera directa y preferente a la administración de justicia como derecho y deber previsto en el artículo 248 de la Constitución Política.

A cualquiera de estos tres escenarios acudirán los actores (deudores y acreedores) del sistema de seguridad social por las controversias insalvables dentro del procedimiento de recobro.

Aplicación de la Estrategia de Atención Básica en Salud por medio de las redes integrales de servicios de salud.

Esta medida parte de la previsión de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) prevé la prestación del servicio de salud por medio del sistema de salud, entendiéndose por tal:

“Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades , obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”.

Así, prevé la norma estatutaria que el Sistema operará bajo el concepto de “redes”, como así lo prevé el artículo 13 de la misma Ley Estatutaria:

“Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas”.

Resaltamos lo anterior, debido a que se corresponde con la irrupción de continuos procesos de mejoramiento para el acceso a servicios de Salud.

Actualmente, la discusión internacional y nacional de los sistemas de salud se encuentra vigente y Colombia no ha sido ajena. Así, se no impone el reto de pensar en formas efectivas para garantizar el servicio de salud – maxime con el reconocimiento de la salud como derecho fundamental a partir de la Ley 1751 de 2015 –.

Es por ello, que desde 2007 y especialmente con la Ley 1438 de 2011, se viene desarrollando una modalidad de atención cuya definición técnica y organizacional son las *“Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS como aquel conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud.”*⁸

Corolario de lo anterior, la Ley 1438 de 2011 otorga el piso jurídico e incentivo a la creación de un modelo de prestación de servicio público de salud dentro de un marco denominado *“Estrategia de Atención Primaria en Salud”* que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país⁹, esto es, la atención en red integrada para los servicios de salud.

Por todo ello, dentro de las competencias y funciones asignadas en la Ley 4107 de 2011, se encuentra la prevista en el artículo segundo numeral 14, que reza: *“14. Regular la oferta pública y*

⁸ Desde 2009 la Organización Panamericana de la Salud ha aportado una ilustrativa definición que nuestro Ministerio de Salud y Protección Social acoge para entender la atención integrada de servicios de salud, entendiéndola como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”⁸.

⁹ Artículo 1 de Ley 1438 de 2011 (Enero 19) "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Declarada EXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-791 de 2011, por el cargo examinado.

privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos, de conformidad con la ley” y específicamente la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria que en el artículo 22 numeral 7 tiene la función asignada de “7. Dirigir la elaboración de normas y la formulación de la política de desarrollo de las redes de servicios”.

De esta forma y para brindar las herramientas de ejecución de lo anterior, el artículo 65 de la Ley 1753 de 2011, estableció la Política de Atención Integral en la cual, las redes integrales de servicios de salud son un componente medular¹⁰.

De esta manera, en el artículo pertinente del presente proyecto se refuerzan las acciones que incentiven el trabajo en redes de servicios y permitan a los actores la gestión del riesgo y el incentivo de los servicios complementarios que incentiven la cobertura.

- ✚ **Atendiendo a que el Estatuto Anticorrupción (artículo 12 de Ley 1474 de 2011) creó el Sistema Preventivo de Prácticas riesgosas financieras y de atención en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud** que sin pretender decir que son las únicas, si son reiteradas y causan grave distorsión tanto en el estado real de las cuentas entre aseguradores y prestadores – como lo generado por las notas crédito – , así como algunas actuaciones que restringen la pluralidad de proveedores del servicios de salud.

¹⁰ Ley 1753 de 2017, artículo 65. **“Política de atención integral en salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, **la operación en redes integrales de servicios**, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación. PARÁGRAFO PRIMERO. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizará la adaptación de esta política en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes. Para zonas con población dispersa y rural, se podrá determinar la existencia de uno o varios aseguradores. Si se trata de un único asegurador, el MSPS establecerá las condiciones para su selección. PARÁGRAFO SEGUNDO. Para la definición de la política de atención integral, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará una amplia participación de todos los grupos de interés del sector salud: usuarios, prestadores, aseguradores, academia, asociaciones científicas, entes territoriales, entre otros”.

Esto último por acuerdos expresos o tácitos para crear fidelización que riñen con la pluralidad, eficacia, eficiencia con la cual deben ser aplicados los recursos del sistema de seguridad social en salud. Así, presentamos:

- Pagos, compensaciones de cuentas, desembolsos, descuentos o devoluciones con base en notas crédito simulados o sin debido sustento real o fáctico.

Aunque la nota crédito es un documento contable legalmente aceptado en transacciones de adquisición de bienes y servicios, en tratándose de servicios asistenciales de salud pagados por el sistema general de seguridad social cualquiera sea su modalidad de pago pactado, se considera una práctica riesgosa cuando sean expedidas a títulos de descuentos posteriores a la emisión de la factura o documento de cobro, o anulación total o parcial por una devolución de bienes o servicios sin otro respaldo fáctico que lo acredite. La ausencia de dicho respaldo verificable, se presumirá ficta o simulada.

- Acuerdos expresos o tácitos en los cuales un proveedor pague, subsidie, financie o patrocine por sí o por interpuesta persona, la entrega de equipos, construcción de infraestructura, mejoramiento de instalaciones, o cualquier beneficio hacia la institución a la cual presta servicios de salud.

Lo anterior, en concordancia con la prohibición expresa del artículo 106¹¹ del Estatuto Anticorrupción se torna insuficiente frente a los acuerdos institucionales que también pueden constituirse como dádivas o prebendas para garantizar la demanda de servicios de salud.

- Pagos de pasivos a socios o entidades que tengan participación en la entidad aseguradora antes de solventar los pasivos con terceros proveedores.

Ante las figuras de asociatividad que puedan presentarse entre entidades del sistema de seguridad social que pueden ser acreedores o deudoras entre sí, se considera valioso dar aplicación al Principio de **NO distribución de sumas entre asociados antes de la cancelación del pasivo externo** no sólo en sede de liquidación sino cuando la entidad se encuentre en ejercicio de su objeto social a fin de no poner en peligro la prelación del crédito o el patrimonio cuya prenda pueda ser la garantía de pago de entidades terceras no asociadas.

¹¹ “**Artículo 106. prohibición de prebendas o dádivas a trabajadores en el sector de la salud.** <Artículo modificado por el artículo 133 de la Ley 1474 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En artículo aparte pero bajo la misma observación, se previene a la Aseguradora que - teniendo planes complementarios a su cargo - fraccione o direccione la atención y las cuentas de su afiliado para que estas sean soportadas o prestadas por las cotizaciones del sistema básico del sistema general de seguridad social.

✚ **Recursos de salud destinados al pago de acreencias en salud pueden ser usados como garantías permitiendo el acceso de prestadores al crédito de la banca comercial.**

La iniciativa se justifica en tanto como se demostrará más adelante, actualmente existe suficiente autorización legal para expedir las garantías *verbi gracia* BOCAS sin que se requiera modificación de norma expresa y especial, es más en atención al artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero es obligatorio aplicarlas, en casos como los que enfrentan las instituciones de salud:

- La Ley 1753 de 2015 en su artículo 68 autoriza a la Superintendencia Nacional de Salud aplicar los mecanismos de Salvamento y Protección a la Confianza Pública del Capítulo XX del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero cuando sus entidades vigiladas (EPS, IPS, CCF) se encuentren incursas en las causales de intervención y/o liquidación (Art. 114 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero Decreto 633 de 1993).
- Dentro de las medidas cautelares se encuentra la RECAPITALIZACIÓN¹² que ante la reducción de capital¹³, permite el denominado Aporte de Capital Garantía, capital, así:

“Ley 510 de 1999. Artículo 84. Variación de Capital por Acto de Autoridad.

3. Aporte del capital garantía. *El Gobierno Nacional podrá otorgar garantía del pago de las obligaciones de instituciones financieras cuyo capital pertenezca en parte o totalmente al Estado como aporte de capital, a través del Banco de la República. En este caso el aporte estatal se determinará conforme al valor nominal de la garantía. **Texto subrayado, derogado por el art. 123, Ley 510 de 1999”.***

- La utilización de los bonos obligatoriamente convertibles en acciones (BOCAS) es una figura legalmente autorizada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero para que el Gobierno Nacional realice aportes de **capital garantía**. Esto como lo indica el artículo 1 de la Ley 510 de 1999 modificatoria del art. 80 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Dicha norma, autoriza a que las entidades objeto de las medidas del artículo 113 (esto es, las entidades vigiladas por la Supersalud como así lo autoriza la Ley 1753 de 2015 art. 68) tengan en

¹² Art. 113 numeral 2. 2. Recapitalización. La recapitalización es una medida cautelar para evitar que las entidades sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Bancaria incurran en causal de toma de posesión de sus bienes, haberes y negocios, o para subsanarla. En el evento en que se establezca dicha medida, corresponderá a la Superintendencia Bancaria ordenar las recapitalizaciones correspondientes, de acuerdo con las disposiciones legales.

¹³ Lit. a) del artículo 113 Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

cuenta dentro del mínimo de capital a los BOCAS. Dice el aparte pertinente: “Así mismo, en el caso de las entidades que sean objeto de las medidas a que se refieren los artículos 48, literal i) y 113 de este Estatuto, podrán tomarse en cuenta los préstamos subordinados, convertibles en acciones o redimibles con recursos obtenidos por la colocación de acciones que se otorguen a la entidad financiera, en las condiciones que fije el Gobierno Nacional. **Dichos préstamos podrán ser otorgados por entidades financieras en los casos y con las condiciones que fije el Gobierno”**

Existe hoy suficiente base normativa para que el Gobierno Nacional aplique la sustitución en el portafolio de deuda pública a los recursos presupuestados para el Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados al pago de acreencias de salud, a aquellos excedentes o no ejecutados ya comprometidos a esta misma destinación. Pues no representan erogaciones de dinero ni cambios en la destinación aprobada en el Presupuesto General de la Nación.

A esta instancia es bueno precisar que según Decreto 2681 de 1993 por medio del cual se reglamentan las operaciones de crédito público y de manejo de deuda pública, las operaciones de sustitución de deuda pública, son: “aquellas en virtud de las cuales la entidad estatal contrae una obligación crediticia cuyos recursos se destinan a pagar de manera anticipada otra obligación ya vigente. Con la realización de estas operaciones no se podrá aumentar el endeudamiento neto y se deberán mejorar los plazos, intereses o las demás condiciones del portafolio de la deuda”.

y Operaciones de Crédito Público “los actos o contratos que tienen por objeto dotar a la entidad estatal de recursos, bienes o servicios con plazo para su pago o aquellas mediante las cuales la entidad actúa como deudor solidario o garante de obligaciones de pago. Dentro de estas operaciones están comprendidas, entre otras, la contratación de empréstitos, la emisión, suscripción y colocación de títulos de deuda pública, los créditos de proveedores y el otorgamiento de garantías para obligaciones de pago a cargo de entidades estatales”.

Ahora bien, la competencia para aplicar la autorización se encuentra vigente y contenida en el artículo 11 de la Ley 1815 de 2016 (Ley Presupuesto vigencia 2017) pero es una norma pétreo de todas las leyes de presupuesto, tanto que sobre ella ya se ha realizado examen constitucional en el año 2010 (Sentencia C – 206 de 2012), y que en esta oportunidad es del siguiente tenor:

“ARTÍCULO 11. Facúltese a la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que realice en moneda nacional o extranjera las siguientes operaciones: compra y venta de títulos valores emitidos por la Nación, el Banco de la República, Fondo de Garantías de Instituciones Financieras (Fogafin), entidades sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia y otros gobiernos y tesorerías; compra de deuda de la Nación; compras con pacto de retroventa con entidades públicas y con entidades financieras sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, dentro de los cupos que autorice el Ministro de Hacienda y Crédito Público; depósitos remunerados e inversiones financieras en entidades sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia;

depósitos a término y compras de títulos emitidos por entidades bancarias y financieras del exterior; inversiones en instrumentos del mercado monetario administrados por entidades financieras del exterior, operaciones de cubrimiento de riesgos; y las demás que autorice el Gobierno nacional; así mismo, préstamos transitorios a la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, reconociendo tasa de mercado durante el período de utilización, evento que no implica unidad de caja; y préstamos de títulos valores a la citada Dirección a tasas de mercado.

Adicionalmente, el artículo 346 de la Constitución Política admite como fuente del gasto, el "servicio de deuda" que evidentemente, también se entiende para la deuda interna hacia entidades financieras. Para la crisis de liquidez del sector salud, la autorización para que el Gobierno Nacional emita o active el servicio de deuda pública a los bancos de primer nivel, es una gran ayuda para que las instituciones de salud puedan acceder a los recursos previstos para el pago de deuda desde la banca comercial.

Como ya lo indicamos, la Ley de Presupuesto 2017 en su artículo 4, goza de un marco normativo cuya interpretación debe hacerse de manera sistemática y armónica con las Reglas Orgánicas del Presupuesto¹⁴, nos encontramos el artículo 12 de la Ley 225 de 1995 modificadorio del artículo 61 de la Ley 179 de 1994, es preciso en indicar:

*"El Gobierno Nacional queda autorizado para hacer **sustitución en el portafolio de deuda pública** siempre y cuando se mejoren los plazos, interés **u otras condiciones de la misma**. Estas operaciones sólo requieren autorización del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, no afectarán el cupo de endeudamiento, no tendrán efectos presupuestales y no afectará la deuda neta de la Nación al finalizar la vigencia".*

En desarrollo de esta autorización legal al Ministerio de Hacienda, éste expidió el Decreto Único 1068 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público", que en su numeral 2.2.1.1.3 indica:

*"Artículo 2.2.1.1.3. Operaciones de manejo de la deuda pública. Constituyen operaciones propias del manejo de la deuda pública **las que no incrementan el endeudamiento neto de la entidad estatal y contribuyan a mejorar el perfil de la deuda de la misma. Estas operaciones, en tanto no constituyen un nuevo financiamiento, no afectan el cupo de endeudamiento.***

*Dentro de las anteriores operaciones se encuentran comprendidas, entre otras, la **refinanciación**, reestructuración, renegociación, reordenamiento, conversión o intercambio, **sustitución, compra y venta de deuda pública**, los acuerdos de pago, **el saneamiento de obligaciones crediticias**, las operaciones de cobertura de riesgos, **la titularización de deudas de terceros**, las relativas al manejo de la liquidez de la Dirección General de*

¹⁴ Artículo 4 Ley 1816 de 2016, establece normativo y complementario esto es, la Ley 38 de 1989, Ley 179 de 1994, Decreto 111 de 1996, Ley 225 de 1995, Ley 819 de 2003, Ley 1473 de 2011 y Ley 1508 de 2012.

Crédito Público y Tesoro Nacional y todas aquellas operaciones de similar naturaleza que en el futuro se desarrollen.

*Las operaciones de intercambio o conversión de deuda pública se podrán realizar siempre y cuando tengan por objeto reducir el valor de la deuda, mejorar su perfil o incentivar proyectos de interés social **o de inversión en sectores prioritarios**.*

PARÁGRAFO. Las operaciones que impliquen adición al monto contratado o incremento en el endeudamiento neto de la entidad deberán tramitarse conforme a lo dispuesto en el presente título para la contratación de nuevos empréstitos.

(Art. 5 Decreto 2681 de 1993)

Adicionalmente, en caso de que se estimara que la destinación de los recursos de excedentes o pago de acreencias se encuentra destinado como en efecto lo está, por leyes como Ley 1608 de 2013, queremos indicar que si la Ley 1815 de 2016 en su artículo 21, prevé que “*Se podrán hacer distribuciones en el presupuesto de ingresos y gastos, sin cambiar su destinación, mediante resolución suscrita por el jefe del respectivo órgano¹⁵*” lo que incluye, la orientación de estos recursos hacia garantías que provean mejores condiciones de deuda en plazos y condiciones.

Como ya lo indicamos, la Ley de Presupuesto 2017 en su artículo 4, goza de un marco normativo cuya interpretación debe hacerse de manera sistemática y armónica con las Reglas Orgánicas del Presupuesto¹⁶, nos encontramos el artículo 12 de la Ley 225 de 1995 modificadorio del artículo 61 de la Ley 179 de 1994, es preciso en indicar:

*“El Gobierno Nacional queda autorizado para hacer **sustitución en el portafolio de deuda pública** siempre y cuando se mejoren los plazos, interés **u otras condiciones de la misma**. Estas operaciones sólo requieren autorización del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, no afectarán el cupo de endeudamiento, no tendrán efectos presupuestales y no afectará la deuda neta de la Nación al finalizar la vigencia”.*

En desarrollo de esta autorización legal al Ministerio de Hacienda, éste expidió el Decreto Único 1068 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público", que en su numeral 2.2.1.1.3 indica:

¹⁵ La misma norma por su sentido sustantivo dentro de las reglas orgánicas del presupuesto, fue declarada exequible en Sentencia C – 206 de 2012.

¹⁶ Artículo 4 Ley 1816 de 2016, establece normativo y complementario esto es, la Ley 38 de 1989, Ley 179 de 1994, Decreto 111 de 1996, Ley 225 de 1995, Ley 819 de 2003, Ley 1473 de 2011 y Ley 1508 de 2012.

*“Artículo 2.2.1.1.3. Operaciones de manejo de la deuda pública. Constituyen operaciones propias del manejo de la deuda pública **las que no incrementan el endeudamiento neto de la entidad estatal y contribuyan a mejorar el perfil de la deuda de la misma. Estas operaciones, en tanto no constituyen un nuevo financiamiento, no afectan el cupo de endeudamiento.***

*Dentro de las anteriores operaciones se encuentran comprendidas, entre otras, la **refinanciación**, reestructuración, renegociación, reordenamiento, conversión o intercambio, **sustitución, compra y venta de deuda pública**, los acuerdos de pago, **el saneamiento de obligaciones crediticias**, las operaciones de cobertura de riesgos, **la titularización de deudas de terceros**, las relativas al manejo de la liquidez de la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional y todas aquellas operaciones de similar naturaleza que en el futuro se desarrollen.*

*Las operaciones de intercambio o conversión de deuda pública se podrán realizar siempre y cuando tengan por objeto reducir el valor de la deuda, mejorar su perfil o incentivar proyectos de interés social **o de inversión en sectores prioritarios.***

PARÁGRAFO. Las operaciones que impliquen adición al monto contratado o incremento en el endeudamiento neto de la entidad deberán tramitarse conforme a lo dispuesto en el presente título para la contratación de nuevos empréstitos.

(Art. 5 Decreto 2681 de 1993)

Por lo ya referido, no solo es completamente viable sino obligatorio por el costo de la deuda interna, activar la autorización de sustitución en portafolio de deuda pública expresa en el sector salud-emisión de garantías, esto es, emisión de títulos de tesorería TES clase B y a efectuar operaciones de tesorería con excedentes de liquidez¹⁷ – en mejores condiciones para incentivar **proyectos de interés social y de inversión en sectores prioritarios**. Lo contrario, es decir, continuar con la irresolutividad de la deuda pública de los recursos de salud genera más costos financiero y de transacción, que lo que puede generarse al otorgar aval para acceso a recursos de deuda pública.

Estos mecanismos, y según criterio técnico del Gobierno Nacional pueden aplicarse a los recursos previstos para la subcuenta de solidaridad del Fosyga cuantificada en la Ley 1815 de 2016 en cinco billones, aprox. (Exactamente, \$ 5.130.234.000.000), como en los recursos no provenientes del presupuesto general de la nación directamente pero que pertenecen al sistema general de

¹⁷ Aparte extraído de la intervención del Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el proceso de constitucionalidad de los artículos 6, 9 y 11 de la Ley 1420 de 2010 que produjo la Sentencia C – 206 de 2012. Mismas sobre las cuales se basa el presente estudio.

participaciones, mismos que en su destinación específica han recibido las siguientes orientaciones en virtud de la Ley 1608 de 2013, así:

- Saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud¹⁸, que orienta al pago de cartera de servicios No Pos a cargo de Deptos o distrito asumidos por IPS, sin importar fecha de causación de la obligación y para planes de saneamiento fiscal de ESE's.
- Saldos o excedentes de aportes patronales orientados a: cubrir la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda girados y que no hayan sido facturados durante la vigencia 2012.
- Saldos o excedentes de rentas cedidas: Pago de deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.

Como se indicó, los recursos del Fosyga de la vigencia de 2017 pueden ser empleados en los mecanismos de **aporte a capital** bajo el concepto de sustitución de portafolio de deuda pública, pues el artículo 5 de la Ley 1608 de 2013 así la trata, al indicar que dentro del saneamiento de deuda pública **del Régimen Subsidiado** se aplicarán recursos del Fosyga, incluso autorizando a Findeter a realizar disponer deudas de mediano y largo plazo, mismas que mediante este análisis pueden ser respaldo – servicio de deuda – para que la banca comercial ofrezca recursos a las instituciones prestadoras.

Previsiones del Uso del Giro Directo

En los artículos 10, 11 y 12 se establecen medidas prácticas de la plataforma de Giro Directo como una medida que ha generado confianza entre los actores y que creemos que puede ser más eficaz para el flujo seguro y ágil de los recursos del sistema seguridad social en salud.

Así, recogiendo la petición de las instituciones de primer nivel de atención donde se concentra la situación financiera más crítica, se permite el pago del 100% de la facturación por evento, pago global prospectivo o grupo diagnóstico. Y se aumenta, del 50% al 80% a los prestadores del resto de niveles de atención.

Por tanto, se expresa de manera contundente la aplicación de los pagos provenientes de la plataforma para que se empleen en el pago de las obligaciones laborales, seguidamente a

¹⁸ Artículo 89 Ley 1485 de 2011. Aquellos departamentos, distritos y municipios que hayan asumido la prestación de servicios de salud a 31 de julio de 2001 de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001 y sus reglamentos, que no hayan ejecutado en su totalidad los recursos para la cofinanciación del Régimen Subsidiado de las vigencias anteriores a 2012, de que trata el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por los artículos 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, y los recursos de que tratan los artículos 6° y 8° de la Ley 1393 de 2010, siempre que hayan garantizado la financiación de las deudas de los contratos de aseguramiento en los que concurrieron en su cofinanciación, podrán destinarlos en la vigencia 2012 para la financiación de servicios prestados a la población no afiliada a ningún régimen, para el pago de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y obligaciones derivadas de la liquidación de contratos de vigencias anteriores.

prestadores y proveedores. Adicionalmente, teniendo en cuenta la antigüedad de la cartera que permita mantenerla actualizada.

Por tanto, ante la Secretaria del Senado procedemos a radicar la propuesta, de conformidad con los motivos que expresados y habida cuenta de la necesidad y conveniencia para el momento actual para que el Honorable Congreso de la República considere su texto e inicie el trámite legal y democrático pertinente.

Del señor Presidente,

ALVARO URIBE VÉLEZ
Senador

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Senador

HONORIO HENRIQUEZ PINEDO
Senador

ORLANDO CASTAÑEDA SERRANO
Senador