**JORGE ELIECER BALLESTEROS BERNIER**

**H. Senador de la República**

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 051 DE 2012 SENADO: “POR MEDIO DEL CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**

**DECRETA:**

**CAPÍTULO I**

**OBJETO**

**Artículo 1. Objeto.** La presente ley tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de mejorar las condiciones de acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad, continuidad y seguimiento de los servicios; y la sostenibilidad y el equilibrio financiero mediante el esquema de Administración Regulada.

Para tal efecto, se redefinen las funciones de administración de recursos financieros del Sistema, de aseguramiento y de prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso a los servicios de salud, el oportuno y adecuado flujo de recursos que financian el mismo y su correcta destinación.

**Artículo 2. Administración Regulada.** En el Sistema General de Seguridad Social existirá un Fondo Especializado en el Manejo de los Recursos, que se encargue de su recaudo y administración, de efectuar los pagos a que hubiere lugar y de la gestión del riesgo financiero; unas entidades que se dediquen a la gestión especializada de la salud, a las actividades de organización y logística necesarias para la prestación de los servicios en salud, incluidos los de promoción y prevención y los que resulten necesarios en virtud de la estrategia de Atención Primaria en Salud. La regulación estará a cargo del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a las competencias legales vigentes y a las que se asignan a través de la presente ley.

**Artículo 3. Fundamento de la Administración Regulada.** Además de los principios que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administración Regulada, que se entiende dirigida a la satisfacción del Derecho a la Salud de los afiliados, constituye fundamento de la prestación del servicio público de seguridad social en salud, para la administración y gestión eficiente de los recursos que financian el Sistema, lo mismo que para la gestión especializada del riesgo en salud y la prestación de los servicios de salud, mediante la realización especializada de cada una de dichas actividades o funciones, por parte de las respectivas entidades, en las condiciones previstas en la presente ley y demás disposiciones vigentes.

La Administración Regulada se desarrollará e integrará con el modelo de Atención Primaria en Salud y propenderá por la acción coordinada de los diferentes actores del Sistema, con el fin de mejorar la salud de la población y propiciar un ambiente sano.

**CAPÍTULO II**

**ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS**

**Artículo 4. Fondo Central de Salud.** Mediante el esquema de Administración Regulada, el recaudo, la administración y giro de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán responsabilidad exclusiva del Fondo Central de Salud, el cual deberá garantizar el flujo oportuno de los recursos a que tengan derecho las diferentes entidades que lo integran, como contraprestación por los servicios, las funciones y las actividades que a cada una de ellas les corresponda realizar, en cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley y demás normas vigentes.

El Fondo Central de Salud que se crea mediante la presente ley, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica ni planta de personal propia, podrá gestionar los recursos del Sistema mediante encargo fiduciario. La totalidad de los recursos del Fondo Central de Salud solamente se incorporarán al Presupuesto General de la Nación para registrar la estimación de su cuantía.

El Fondo Central de Salud, con las modificaciones consagradas en la presente ley, tendrá las mismas subcuentas, fuentes de financiación, usos y destinatarios de la actividad del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. El Fondo Central de Salud se subrogará en los recursos, bienes, derechos y obligaciones del FOSYGA.

Los recursos del Sistema General de Participaciones que financian el Régimen Subsidiado de Salud y los recursos de que tratan los artículos 217 de la Ley 100 de 1993 y 46 de la Ley 1438 de 2011serán girados al Fondo Central de Salud para su giro a las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás que conformen las redes de prestación de servicios, responsables de su prestación directa.

El Fondo Central de Salud efectuará los pagos a las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud, por los servicios prestados y demás a que hubiere lugar, una vez la Entidad Especializada en Gestión de la Salud haya realizado la Auditoría Médica y de Cuentas y las verificaciones que a su cargo señale el Ministerio de Salud y Protección Social.

El pago por los servicios de salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios y demás que conformen las redes de prestación de servicios, se efectuará por el Fondo Central de Salud a las tarifas, precios o valores de reconocimiento que señalen las autoridades competentes. Estos pagos se realizarán con los recursos de las subcuentas que financian el régimen al cual se encuentre afiliado el usuario.

El Fondo Central de Salud efectuará los pagos a las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud por las funciones y actividades propias de la gestión especializada en salud a su cargo, conforme al reglamento que para el efecto señale el Gobierno Nacional, con sujeción a criterios de eficiencia, estudios financieros y técnicos.

El Fondo Central de Salud deberá disponer de los mecanismos y procedimientos necesarios para que los pagos que deban efectuarse a las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás que conformen las redes de prestación de servicios, se produzcan dentro de los términos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social como Consejo Administrador del Fondo o quien haga sus veces, previa verificación del cumplimiento de los requisitos previstos para la procedencia de dichos pagos, los cuales también serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo.** La autorización de pagos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por parte de las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud no constituye ordenación del gasto sino una actividad de verificación que remunera el Sistema.

**Artículo 5. Reconocimiento y Pago de Prestaciones Económicas.** Para los afiliados al Régimen Contributivo, el pago de las prestaciones económicas derivadas de la incapacidad por enfermedad general, licencias de maternidad o paternidad, estará a cargo del Fondo Central de Salud, de acuerdo con las verificaciones que realicen las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud y a través de los instrumentos o mecanismos que para el efecto señale el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.

**Artículo 6. Recursos de la Subcuenta de Promoción y Prevención.** Los recursos de la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo Central de Salud se destinarán al pago de las actividades que realicen los entes territoriales en los términos y condiciones previstos en el artículo 11 de la Ley 1438 de 2011.

**CAPÍTULO III**

**ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN GESTIÓN DE LA SALUD**

**Artículo 7. Entidades Especializadas en Gestión de la Salud.** Las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud tendrán a su cargo la Gestión en Salud y la evaluación de los resultados de los Programas de Promoción y Prevención y de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en desarrollo de lo cual cumplirán las siguientes funciones:

1.     Promover la afiliación de la población a los Regímenes Contributivo y Subsidiado

2.     Remitir al Fondo Central de Salud la información relativa a la afiliación y sus novedades.

3.     Organizar las Redes Integradas de Atención, con criterios de oportunidad, eficiencia y calidad, que faciliten a los afiliados el acceso a los servicios de salud, en todo el territorio nacional. Dichas redes deben constituir verdaderas opciones de redes al servicio de los usuarios para garantizar el derecho a la libre escogencia. Las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

4.     Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en cualquier lugar del territorio nacional e impartir la correspondiente autorización.

5.     Efectuar la Auditoría Médica y de Cuentas y formular las respectivas glosas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de garantizar la procedencia y correcta facturación de los mismos.

6.     Autorizar los pagos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás que conformen las redes de prestación de servicios, previa la Auditoría Médica y de Cuentas y demás verificaciones que señale el reglamento, por la prestación de sus servicios, a cargo del Fondo Central de Salud.

7.     Autorizar los pagos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud respecto de los servicios originados en accidentes de trabajo, enfermedad profesional, previa la Auditoría Médica y de Cuentas y demás verificaciones que señale el reglamento, a cargo de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

8.     Autorizar los pagos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por los servicios originados en atención inicial de urgencias, conforme a los artículos 167 y 168 de la Ley 100 de 1993, previa la Auditoría Médica y de Cuentas y demás verificaciones que señale el reglamento, a cargo del Fondo Central de Salud.

9.    Autorizar los pagos a las entidades territoriales por las acciones de Promoción y Prevención de acuerdo con metas específicas de los Planes de Salud y evaluaciones de cumplimiento.

10. Efectuar los estudios epidemiológicos y de resultados en salud de su población afiliada.

11. Velar porque la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud apliquen efectivamente la referencia y la contrarreferencia.

12. Facilitar la movilidad de un régimen a otro cuando el afiliado lo requiera.

13. Velar porque los derechos de los afiliados se cumplan.

14. Efectuar seguimiento a los afiliados y usuarios de los servicios de salud para que cumplan con sus deberes de autocuidado, cuidado de la salud de su familia y demás deberes para con el Sistema.

15. Dar cumplimiento a las disposiciones vigentes en materia del Sistema de Información y verificar su cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, como parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

16. Establecer procedimientos para controlar que los servicios prestados por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se brinden en forma integral, eficiente, oportuna y con calidad.

17. Evaluar los resultados en salud, de acuerdo con la prestación de los servicios y el contenido del Plan de Beneficios.

18. Evaluar los resultados de los Programas de Prevención y Promoción desarrollados por los entes territoriales y dirigidos a toda la población.

19. Presentar periódicamente estudios estandarizados para facilitar la comparación de los resultados en salud entre las distintas redes de atención, los recursos invertidos por niveles de atención y por algunas patologías trazadas.

20. Efectuar propuestas para el ajuste del Plan de Beneficios, acorde con las evaluaciones de los Programas de Promoción y Prevención y los resultados y necesidades en salud de la población.

21. Actualizar, custodiar, y tener a disposición del afiliado su Historia Clínica, para facilitar su atención en todo el territorio nacional.

22. Las demás que determine el Gobierno Nacional.

El Gobierno Nacional en la reglamentación del artículo 180 de la Ley 100 de 1993, deberá tener en cuenta las funciones a cargo de las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud previstos en la presente ley y los demás aspectos que resulten necesarios para el funcionamiento del Esquema de Administración Regulada.

Las entidades que al entrar en vigencia la presente ley se encuentren operando en el Régimen Contributivo y/o Subsidiado se denominarán en adelante Entidades Especializadas en Gestión de la Salud y deberán cumplir los requisitos de habilitación y demás que señalen las normas legales vigentes.

**Artículo 8. Incentivos para la Gestión Especializada en Salud.** La remuneración a las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud por la gestión a su cargo, se incrementará cuando supere los indicadores de desempeño. El Gobierno Nacional establecerá los demás incentivos que estime necesarios, proporcionales y adecuados para el mejoramiento del servicio.

**Artículo 9. Acceso a los Servicios del Plan de Beneficios.** Los afiliados al Sistema accederán a los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios, a través de la Red Integrada de Prestadores de Servicios conformada por la respectiva Entidad Especializada en Gestión de la Salud, en desarrollo de sus funciones.

Para racionalizar la demanda por servicios, el Gobierno Nacional determinará los procedimientos, mecanismos y condiciones con sujeción a los cuales el Fondo Central de Salud deba efectuar los pagos por estos servicios, teniendo en cuenta que con los mismos se incentiven las actividades de Promoción y Prevención, el control de gasto y el uso racional de los servicios por parte de los usuarios y de los prestadores.

Los afiliados tendrán derecho a escoger las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida.

**CAPÍTULO IV**

**INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

**Artículo 10. Funciones de los Prestadores de Servicios de Salud.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás prestadores tendrán a su cargo la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios, en desarrollo de lo cual, además de las obligaciones señaladas en las normas vigentes, cumplirán las siguientes funciones:

1.     Prestar a todas las personas que los requieran, en forma obligatoria, los servicios de salud autorizados por la respectiva Entidad Especializada en Gestión de la Salud y sin que resulte dable la exigencia de requisitos adicionales. Lo anterior sin perjuicio de las normas relativas a la atención inicial de urgencia.

2.     Prestar los servicios en condiciones de calidad, oportunidad e integralidad, sin que en ningún caso se propicie el uso de servicios sin soporte en un beneficio real dirigido a la recuperación de la salud, o correspondan a servicios rentables y costosos.

3.     Dar cumplimiento a las disposiciones vigentes en materia del Sistema de Información y Habilitación, como parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

4.     Brindar una atención digna a los usuarios y a sus familiares o acompañantes.

5.     Propender por el uso racional de los servicios.

6.     Facturar los servicios prestados de acuerdo con las tarifas, precios o valores de reconocimiento que señalen las autoridades competentes para los respectivos servicios, insumos y medicamentos.

7.     Suministrar a las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud, la información referente a los resultados en salud de la población atendida, a los indicadores de gestión y a los registros individuales de procedimientos en salud, definidos en las normas vigentes.

8.     Suministrar a las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud, la información necesaria para la actualización de la Historia Clínica, garantizando la reserva legal de la información.

9.     Propender por la prestación de servicios orientados al mejoramiento continuo, al mantenimiento adecuado y al logro de condiciones y estándares óptimos de calidad.

10. Las demás que determine el Gobierno Nacional.

El Gobierno Nacional en la reglamentación de los artículos 153 numeral 5, 185 y 227 de la Ley 100 de 1993, deberá tener en cuenta las funciones a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como responsables directas de la prestación de servicios previstas en la presente ley y los demás aspectos que resulten necesarios para el funcionamiento del Esquema de Administración Regulada.

**CAPÍTULO V**

**TRANSICIÓN DEL SISTEMA**

**Artículo 11. Régimen de Transición.** Para la entrada en funcionamiento del Esquema de Administración Regulada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se establece un término de transición de un año, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

**Artículo 12. Vigencia.** La presente ley rige a partir del momento de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

**JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER**

Senador de la República

**JORGE ELIECER BALLESTEROS BERNIER**

**H. Senador de la República**

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO \_\_\_\_\_\_ DE 2011 SENADO: “POR MEDIO DEL CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

**1.   Fundamentos Fácticos**

Los problemas que en relación con el acceso a los servicios de salud, a su prestación y a la garantía de su atención, con la consecuente afectación de los derechos de los afiliados, en el modelo de aseguramiento vigente, además de las recurrentes demoras en el pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, constituyen de tiempo atrás motivo de preocupación, de análisis y de acciones y decisiones por parte de los organismos de control estatal y de las autoridades judiciales, pese a lo cual se mantienen y tienden a agravarse, como lo demuestran los estudios y acciones de los últimos años, adelantadas por la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia Nacional de Salud y, los seguimientos ordenados por la honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008.

Dicha problemática parece erigirse en una falla estructural, no obstante las reformas y ajustes legales que se han introducido al Sistema General de Seguridad Social en Salud durante los últimos cinco años, además de las acciones emprendidas por el Gobierno Nacional; obedece, fundamental aunque no exclusivamente, a la concentración en uno de los actores, de las funciones de administración financiera de los recursos del Sistema y de la gestión y prestación de los servicios de salud, diversidad de funciones estas que además de generar un conflicto de intereses, privilegia la utilidad económica en detrimento de los resultados en salud, afectando no sólo la financiación y operación del sistema en su conjunto, sino también y más grave aún, impidiendo el acceso al servicio y la garantía del Derecho Fundamental a la Salud, con el consecuente aumento desmesurado, año tras año, de las acciones de tutela y de los recobros contra el Fondo de Solidaridad y Garantía.

Así lo ha señalado la Defensoría del Pueblo en el informe *“Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009”*, en el que precisamente en materia de garantía de acceso a los servicios de salud, evidenció que más de la mitad de las tutelas –el 68.25%- son por contenidos que sí se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Asociado a esta problemática, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud atraviesan una crítica situación financiera que las tiene al borde del colapso, como consecuencia de la voluminosa cartera pendiente de pago por parte de las Entidades Promotoras de Salud (en abierta violación de los plazos legales y reglamentarios), lo que afecta la prestación del servicio de salud, imposibilita el pago a proveedores y pone en peligro la viabilidad de las respectivas instituciones y las del propio Sistema.

Este irregular estado de cosas tiende a agudizarse, tanto que en materia de administración del riesgo financiero, analizado el período 2005-2009, los valores que el sistema de salud reconoció por tutelas y por recobros tuvo un crecimiento impresionante, pasando de ciento catorce mil millones en el año 2005, a un billón ochocientos setenta mil millones en el año 2009, por esos dos conceptos, lo que en la práctica denota, la conformación de un nuevo pagador, que en ese caso es toda la sociedad colombiana por medio del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Pero además, con efectos negativos en aspectos tales como representación del usuario y garantía de acceso a los servicios de salud, encontrándose que para el año 2010, la percepción global sobre el esquema de aseguramiento para el 67% de la población encuestada no es muy buena, especialmente por la mala calificación en materia de libertad y escogencia, entre otros indicadores, lo que plantea un serio cuestionamiento al modelo de aseguramiento y a la clara disfunción de ese esquema, que en la práctica radica la responsabilidad del aseguramiento en toda la sociedad y no en el actor instituido para el desempeño de dicha función.

La dificultad en el acceso al servicio de salud, tiene origen en obstáculos al ejercicio del derecho a la libre escogencia de prestadores de servicios de salud, como los que implican que los usuarios desde el momento de su afiliación, deben adscribirse para la atención ambulatoria, al prestador de servicios más cercano a su residencia, de la red que le ofrece la entidad que lo afilia y del que sólo pueden solicitar cambio una vez transcurra un año de afiliación.

La libre escogencia se ve restringida también cuando la consulta externa con Médico General es de propiedad de la entidad afiliadora, debido a que se contrae la oferta y se estandariza la atención en cuanto a políticas y conductas a seguir con los pacientes. Al afiliado no le queda sino una opción: asistir a la consulta ofrecida por la entidad que lo afilia. Ni qué decir de la capacitación, la cual le asigna al afiliado una institución para ser atendido y de los contratos con cláusulas de descuento por volúmenes, que para cumplirse constriñen la libre escogencia.

La dificultad en el acceso al servicio de salud, a la atención integral y oportuna y a la libre escogencia, así como el inadecuado, inoportuno e ineficiente flujo de los recursos destinados a la seguridad social, resultante de fallas como las anteriormente señaladas y del incumplimiento de las funciones a su cargo, por parte, entre otras, de las Entidades Promotoras de Salud, ha terminado por erigirse en un problema estructural del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que no sólo ha afectado los derechos fundamentales de la población, sino que también está afectando la viabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y del Sistema en su conjunto, al punto de haberse producido una declaratoria de emergencia económica y social (fallida) y de encontrarse dicho sistema, casi ad portas de un Estado de Cosas Inconstitucional.

Ante este complejo panorama, se hace necesario adoptar medidas que permitan mejorar las condiciones de acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud, en todos los niveles de atención, con calidad, oportunidad y continuidad de los servicios y, garantizar la sostenibilidad y el equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para tal efecto, resulta necesario redefinir y reasignar las funciones de administración de recursos financieros del Sistema, de Aseguramiento y de Prestación de Servicios de Salud, garantizando el oportuno y adecuado flujo de recursos que financian el Sistema y su correcta destinación, en el marco de un Esquema de Administración Regulada que asigne a entidades especializadas la gestión del riesgo financiero, la gestión especializada en salud y la prestación de los servicios de salud, incluidos los de Promoción y Prevención y los desarrollados en virtud de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

En el esquema propuesto, se contempla especializar cada una de las funciones, es decir, un actor especializado para el manejo financiero de los recursos del sistema y Entidades Especializadas en Gestión en Salud que coordinen y organicen la prestación de los servicios, evalúen sus resultados y representen los intereses de los usuarios, entre otros.

La entidad especializada en el manejo financiero de los recursos del Sistema, manejara los recursos del Régimen Contributivo y Subsidiado, eliminando intermediarios innecesarios para el cumplimiento de esta función, con el objetivo de lograr un flujo de recursos eficiente, lo cual fortalecerá al sistema y generará mayor confianza entre los actores del mismo.

Las entidades que gestionen la salud se especializarán exclusivamente en esta función, por ello una misma entidad debe poder manejar población del Régimen Contributivo y del Subsidiado, lo cual disminuye costos en la administración del sistema, optimiza la aplicación y los recursos de Programas de Prevención y Promoción, la utilización de la oferta de servicios, los estudios epidemiológicos y de resultados en salud, conforma la Red de Prestadores de Servicios de Salud con criterios de calidad, facilita al usuario pasar de un régimen a otro, vela porque los derechos de los afiliados se cumplan, pero también que estos cumplan con sus deberes.

Para mejorar la gestión y eficiencia en el uso de los recursos que financian el Sistema y optimizar y mejorar el flujo de los mismos, se propone una instancia centralizada y especializada en la gestión, el recaudo y la administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de tal manera que los pagos que deban efectuarse a las Entidades Especializadas en Gestión de la Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se produzcan dentro de unos términos ciertos y con arreglo a unas condiciones y reglas de juego claras y cumplibles, que materialicen la satisfacción del derecho a la seguridad social y a los servicios que el mismo garantiza y den certeza a los diferentes actores del Sistema acerca del cumplimiento de las obligaciones que a cada uno le corresponde, lo mismo que a los reconocimientos y pagos oportunos por los respectivos servicios prestados, previa la verificación del cumplimiento de los requisitos dispuestos para su procedencia.

Finalmente, es necesario señalar que la puesta en funcionamiento del Esquema de Administración Regulada y los ajustes derivados de la aplicación de esta nueva ley, no requieren la búsqueda de nuevas fuentes de financiación, pues con los mismos recursos que financian el Sistema, la redefinición de las funciones de administración de recursos financieros del Sistema, de Aseguramiento y de Prestación de Servicios de Salud y el reordenamiento de los procedimientos y mecanismos vigentes para la administración de dichos recursos, se busca además de disminuir los costos de administración, mejorar la prestación de los servicios en salud y así garantizar de manera eficaz el Derecho Fundamental a la Salud de los afiliados, mediante el esquema propuesto y concebido especialmente para el cumplimiento de dichos fines.

**2. Fundamentos Jurídicos**

2.1 Constitución Política

La Constitución Política es generosa en disposiciones que aseguran, sustentan y validan esta iniciativa legislativa, entre otras, se encuentran las siguientes:

**Artículo 2°.** *“Son fines del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución,…”*.

**Artículo 48.** *“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.*

*Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. (…)”.*

**Artículo 49.** *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

*Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (…)”.*

Una iniciativa como esta, no tiene otra pretensión que materializar dichos postulados constitucionales, los cuales resultan necesarios para garantizar un orden económico y social justo, como lo pregona el preámbulo de la propia Constitución Política.

2.2 Jurisprudencia de la Corte Constitucional.

La Corte Constitucional —máximo guardián de la integridad y la supremacía de la Constitución— en relación con el “Derecho Fundamental a la Salud”, ha señalado:

“Así pues, la jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud ‘en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal’, para pasar a proteger el derecho ‘fundamental autónomo a la salud’. Para la jurisprudencia constitucional “(…) *no brindar los medica­men­tos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud.*” La Corte también había considerado explícitamente que el derecho a la salud es fundamental y tutelable, en aquellos casos en los que la persona que requiere el servicio de salud es un sujeto de especial protección constitucional. Así lo ha considerado la jurisprudencia, por ejemplo, con relación a las personas de la tercera edad”.

Por lo expuesto, solicito a los H. Senadores y H. Representantes su concurso en la aprobación de esta iniciativa, la cual garantizará un mejor manejo de los recursos en el Sistema General de Seguridad Social en salud y, por ende, la prestación de un servicio en mejores condiciones y calidad.

Atentamente,

**JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER**

Senador de la República