DECRETO 131 DE 2010

(enero 21)

Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

<NOTA DE VIGENCIA: Decreto INEXEQUIBLE>

Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.

Jurisprudencia Vigencia

Corte Constitucional

- Decreto declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-289-10 de 21 de abril de 2010, Magistrado Ponente Dr. Nilson Pinilla Pinilla. Como consecuencia de la declaratoria de inexequibilidad del Estado de Emergencia Social declarado mediente el Decreto 4979 de 2009..

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en ejercicio de las atribuciones que le otorga el artículo 215 de la Constitución Política, en concordancia con la Ley 137 de 1994 y en desarrollo a lo dispuesto en el Decreto 4975 de 2009, y

CONSIDERANDO:

Que con fundamento en el artículo 215 de la Constitución Política, mediante el Decreto 4975 de 2009 se declaró el estado de Emergencia Social en todo el país, con el propósito de conjurar la grave crisis que afecta la viabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud la cual amenaza de manera inminente, entre otros aspectos, la continuidad en la prestación del servicio público esencial de salud, así como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud;

Que el crecimiento abrupto y acelerado de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud comprometen de manera significativa los recursos destinados al aseguramiento generando un grave deterioro de la liquidez de los diferentes actores del Sistema, incluidas las entidades territoriales las cuales presentan un importante déficit de recursos para la prestación de estos servicios y de los requeridos por las personas pobres y vulnerables no aseguradas, todo lo cual amenaza la viabilidad del Sistema poniendo en riesgo la continuidad en la prestación del servicio público de salud y el goce efectivo del derecho a la salud y a la vida;

Que si bien la Ley 1122 de 2007 contiene una serie de avances en la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial, en la racionalidad de la definición de los planes de beneficios, las medidas que se han desarrollado en virtud de la misma han resultado insuficientes ante el crecimiento inusitado de la demanda de servicios y medicamentos que no necesariamente consultan criterios de racionalidad científica y de costo efectividad;

Que las medidas ordinarias de carácter administrativo y legal que regulan el Talento Humano en Salud, en especial las Leyes 23 de 1981, 35 de 1989 y 1164 de 2007 y sus decretos reglamentarios, deben complementarse para controlar la demanda irracional e injustificada de procedimientos, intervenciones, insumos, dispositivos, medicamentos y demás servicios de salud, a través de estándares de autorregulación sistemáticos y científicos para el ejercicio profesional de los médicos y odontólogos;

Que atendiendo a la situación descrita, se hace necesario adoptar medidas extraordinarias tendientes a regular lo concerniente a la forma de acceso, definición de criterios, institucionalidad, condiciones y límites para la prestación de servicios de salud y la provisión de medicamentos incluidos y no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado, siempre que correspondan a prestaciones científicamente validadas y técnicamente aplicables en el servicio público de Salud, con lo cual se pretende racionalizar el acceso a los servicios de salud garantizando la prevalencia del interés general sobre el particular.

CAPITULO I.

SISTEMA TÉCNICO CIENTÍFICO EN SALUD.

ARTÍCULO 1o. SISTEMA TÉCNICO CIENTÍFICO EN SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Créase el Sistema Técnico Científico en Salud como un conjunto de principios, órganos, instituciones, reglas y recursos, cuya finalidad es la coordinación de actividades tendientes a la generación del conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas de acuerdo con criterios técnicos y científicos.

El Sistema Técnico Científico en Salud buscará el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, a través de la entrega de prestaciones científicamente validadas y técnicamente aplicables en el servicio público de salud. Adicionalmente, el Sistema Técnico Científico en Salud se encargará de realizar el control científico, el seguimiento y la evaluación de las prestaciones de salud para garantizar el mayor bienestar social posible.

Para esto, el Sistema Técnico Científico en Salud coordinará, articulará, generará y clasificará el conocimiento pertinente, con criterio técnico basado en evidencia científica, de tal forma que sus orientaciones sean un referente para los prestadores que participan en el servicio público de salud y para los diferentes organismos estatales que ejerzan la inspección, vigilancia y control científico, administrativo o judicial sobre ese servicio público, lo anterior sin perjuicio de las decisiones que con carácter vinculante puede adoptar el Organismo Técnico Científico para la Salud.

El Sistema Técnico Científico en Salud incluye el Organismo Técnico Científico para la Salud, el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, CRES, el Instituto Nacional de Salud, INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, los comités técnicos de prestaciones excepcionales, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, Colciencias, las instituciones de educación superior acreditadas, los grupos y centros de investigación reconocidos por Colciencias, los prestadores de salud en los términos del Decreto 1011 de 2006, las entidades promotoras de salud, las otras entidades responsables del pago de los servicios de salud, y demás entidades del sector que apliquen o verifiquen la aplicación del conocimiento.

ARTÍCULO 2o. PRINCIPIOS DEL SISTEMA TÉCNICO CIENTÍFICO EN SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> El Sistema Técnico Científico en Salud está basado en los siguientes elementos:

2.1. Fundamento Científico: el conocimiento generado en el Sistema Técnico Científico en Salud tendrá como precepto central la aplicación del método científico.

2.2. Autonomía: el conocimiento generado en el Sistema Técnico Científico en Salud se desarrollará en condiciones de independencia intelectual.

2.3. Transparencia: los ejecutores de investigaciones, estudios y evaluaciones que se realicen en el Sistema Técnico Científico en Salud se seleccionarán mediante criterios de mérito y calidad.

2.4. Continuidad y Oportunidad: las actividades de generación de conocimiento del Sistema se realizarán con la periodicidad requerida para la actualización de la doctrina médica y los referentes basados en evidencia.

2.5. Articulación: las actividades de generación del conocimiento del Sistema Técnico Científico en Salud serán coordinadas con el propósito de asegurar que el conocimiento requerido para el ajuste y actualización de la doctrina médica y los referentes basados en evidencia se genera de manera efectiva y eficiente.

2.6. Divulgación: el conocimiento generado por el Sistema Técnico Científico en Salud para el ajuste y actualización de la doctrina médica y los referentes basados en evidencia debe ser divulgado de forma amplia.

ARTÍCULO 3o. ORGANISMO TÉCNICO CIENTÍFICO PARA LA SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Créase el Organismo Técnico Científico para la Salud como el órgano estatal encargado de la regulación científica, inspección y vigilancia de la aplicación del método científico en el ejercicio de las profesiones de la salud que participan en la prestación del servicio público de salud, particularmente a través del desarrollo de referentes basados en evidencia científica, en el Plan Obligatorio de Salud y en las prestaciones excepcionales de salud. Este órgano tiene autonomía administrativa y técnica.

ARTÍCULO 4o. FUNCIONES DEL ORGANISMO TÉCNICO CIENTÍFICO PARA LA SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Corresponden al Organismo Técnico Científico para la Salud, las siguientes funciones:

4.1. Articular los estudios de base poblacional y de carga de la enfermedad, para la identificación del perfil epidemiológico y demográfico y su impacto en la salud de población general.

4.2. Articular la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías.

4.3. Articular los estudios e investigaciones en ciencias básicas, clínicas y sociales en lo relativo al Sistema de Salud.

4.4. Adoptar los estándares basados en evidencia científica y la doctrina médica por ser aplicados

en las diferentes instancias del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.5. Priorizar las actividades técnico científicas de que tratan los numerales 4.1 a 4.4 de este artículo para optimizar los ajustes que se requieren en los planes de beneficios y demás instrumentos del Sistema para el mejoramiento de la prestación del servicio público de salud de la población.

4.6. Proporcionar la asesoría técnica y científica que le sea solicitada, en lo que sea de su competencia, incluyendo la rama judicial cuando esta así lo requiera.

4.7. Revisar de oficio, aquellas decisiones de los Comités Técnicos de Prestaciones Excepcionales en Salud que seleccione, en virtud de la cual podrá pedir explicaciones, pronunciarse sobre las mismas y adoptar las decisiones de carácter general o particular que correspondan y que habrán de regir en el futuro.

4.8. Difundir la información científica, por él producida, a los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre los referentes y doctrina de que trata el presente artículo.

4.9. Adoptar su propio reglamento.

4.10. Las demás que le sean asignadas.

ARTÍCULO 5o. APLICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES ADOPTADOS POR EL ORGANISMO TÉCNICO CIENTÍFICO EN SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Los estándares basados en evidencia científica, y la doctrina médica, adoptados por dicho Organismo, serán vinculantes para todos los actores del Sistema y de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios excepcionales de salud. Los referentes que hagan parte de los estándares basados en evidencia serán objeto de recomendación para su incorporación por la Comisión Reguladora de Salud al Plan Obligatorio de Salud. Así mismo, tendrán la naturaleza de dictámenes técnicos para efectos de la valoración que deban hacer las distintas autoridades dentro de la órbita de sus respectivas competencias.

ARTÍCULO 6o. COMPOSICIÓN DEL ORGANISMO TÉCNICO CIENTÍFICO PARA LA SALUD, OTC. <Decreto INEXEQUIBLE> El Organismo Técnico Científico para la Salud estará compuesto por seis miembros:

6.1. El Ministro de la Protección Social, o su delegado.

6.2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público.

6.3. El Director de Colciencias o su delegado.

6.4. Tres profesionales, con amplia experiencia y calificación en los campos de la investigación en salud, en economía de la salud y en la aplicación de estas ciencias a la toma de decisiones de política en salud, quienes serán elegidos por períodos individuales de cuatro (4) años, reelegibles por una sola vez.

Las decisiones del organismo se adoptarán por mayoría y en caso de empate será dirimido por el Ministro de la Protección Social o su delegado.

Los profesionales de que trata el numeral 6.4 anterior, no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa, su dedicación será exclusiva, no podrán ejercer su profesión, con excepción de la actividad docente.

La selección de los profesionales expertos se realizará por primera vez por el Presidente de la República. Posteriormente serán elegidos por los otros profesionales expertos miembros del OTC, a partir de un listado de dos candidatos presentado por cada uno de los profesionales expertos, incluido el saliente.

PARÁGRAFO. Los listados presentados por los profesionales expertos para la selección del reemplazo del miembro saliente serán elaborados teniendo en cuenta la definición de los parámetros, calidades y experiencia que debe reunir el perfil del candidato a ser definidos de manera conjunta por la Academia Nacional de Medicina, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación Colciencias y el Ministerio de la Protección Social, sin que estas entidades participen directamente en la elaboración de las listas, ni en la elección final del Consejero.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Los profesionales seleccionados en la primera integración del Organismo Técnico Científico para la Salud, tendrán los siguientes períodos: un profesional experto tendrá un período de dos años, otro profesional experto tendrá un período de tres años y el último, de cuatro años, que se establecerán mediante sorteo.

ARTÍCULO 7o. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES DE LOS PROFESIONALES. <Decreto INEXEQUIBLE> Los profesionales estarán sujetos al régimen de inhabilidades e incompatibilidades establecido en el Decreto-ley 973 de 1994 y las normas que lo modifican o adicionan, siempre y cuando no sea contrario a la naturaleza del Organismo Técnico Científico para la Salud, sin perjuicio de que el Gobierno Nacional reglamente la materia.

ARTÍCULO 8o. FINANCIACIÓN DEL ORGANISMO TÉCNICO CIENTÍFICO PARA LA SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> El Organismo Técnico Científico para la Salud tendrá dos fuentes de financiación: para lo relacionado con las prestaciones excepcionales en salud, se financiará con recursos destinados al Fonpres y en lo relacionado con las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud se financiará con recursos excedentes de la subcuenta ECAT del Fosyga.

Los actos y contratos que celebre el Organismo Técnico Científico para la Salud se sujetarán a las normas de contratación del derecho privado subsidiariamente con las de ciencia y tecnología.

CAPITULO II.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, DOCTRINA MÉDICA Y REFERENTES BASADOS EN EVIDENCIA.

ARTÍCULO 9o. <Decreto INEXEQUIBLE> Inclúyase un artículo 162A a la Ley 100 de 1993, del siguiente tenor:

“Artículo 162A. Del Plan Obligatorio de Salud**.** Es el conjunto esencial de servicios para la atención de cualquier condición de salud definidos de manera precisa con criterios de tipo

técnico y con participación ciudadana, a que tiene derecho todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en caso de necesitarlo. El Plan Obligatorio de Salud corresponde al reconocimiento del núcleo esencial del derecho a la salud, que pretende responder y materializar el acceso de la población afiliada a la cobertura de sus necesidades en salud, teniendo en cuenta la condición socio-económica de las personas y la capacidad financiera del Estado. En todo caso prioriza la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las atenciones de baja complejidad, la medicina y odontología general y admitirá el acceso al manejo especializado o de mediana y alta complejidad cuando se cuente con la evidencia científica y costo-efectividad que así lo aconseje.

El Plan Obligatorio de Salud incluirá la prestación de servicios de salud a los afiliados en las fases de fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, según las condiciones que se definan para su cobertura y la protección integral de la salud de la población con la articulación a los planes colectivos y de promoción de la salud del territorio nacional.

Los servicios del Plan Obligatorio de Salud se prestarán con la oportunidad que establezca el Ministerio de la Protección Social, atendiendo la pertinencia técnica científica y los recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos disponibles en el país y, deberán ser tenidos en cuenta por la Comisión de Regulación en Salud, CRES para la definición del Plan Obligatorio de Salud y el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación".

ARTÍCULO 10. LÍMITES Y LEGITIMIDAD DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> El Plan Obligatorio de Salud estará sujeto al establecimiento de límites claros, teniendo en cuenta la consulta ciudadana, la capacidad financiera del Estado, la condición socio-económica de las personas, con prevalencia de la atención de las necesidades colectivas en salud sobre las individuales.

Para la actualización del Plan Obligatorio de Salud se tendrán en cuenta criterios técnico-científicos y la consulta ciudadana.

ARTÍCULO 11. ESTRUCTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> El Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará estructurado de acuerdo con las necesidades de servicios de salud de la población, por los siguientes componentes:

11.1. Un listado taxativo de actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo con la nomenclatura y codificación que se defina para este fin.

11.2. Un listado taxativo de medicamentos, en términos de nombre del principio activo, forma y concentración farmacéutica, con la nomenclatura y codificación que se defina para este fin.

11.3. Para el caso de los insumos, se deberá describir la cobertura de aquellos necesarios para las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en el numeral 11.1, mediante un listado taxativo, siempre que sean críticos financieramente por ser los de mayor impacto en el gasto. Deberán describirse de manera precisa en cuanto a sus características técnicas genéricas, conforme el resultado de la evaluación de tecnología de los mismos y el análisis económico. Los demás insumos usados en otras actividades, procedimientos e intervenciones se entenderán cubiertos cualquiera sean sus características técnicas o su marca y su cobertura se podrá expresar

en términos de topes económicos.

11.4. Referentes Basados en Evidencia: Para cumplir los principios de efectividad, integralidad y de sostenibilidad, la atención con actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos, e insumos o dispositivos, estará organizada alrededor de referentes en la forma de guías, estándares o normas técnicas basadas en evidencia que se podrán adoptar como parte del Plan Obligatorio de Salud para aquellas enfermedades o conjuntos problema-intervención o condiciones médicas y eventos de atención para las cuales la evidencia médica y los informes de evaluación de tecnología en salud permita establecer pautas efectivas de atención, teniendo en cuenta el perfil de morbimortalidad de la población, los procesos de priorización y de actualización previstos en el presente decreto.

ARTÍCULO 12. ACTUALIZACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Se entiende por actualización del Plan Obligatorio de Salud, las modificaciones que se hacen dentro de sus componentes para responder a los cambios en las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta el avance en la ciencia y la tecnología adoptada en el país y las condiciones económicas y financieras del sistema.

Las modificaciones del Plan Obligatorio de Salud hacen referencia a las inclusiones y supresiones, exclusiones y sustituciones de tecnologías en salud, así como a los cambios de las condiciones en que estas son cubiertas a los afiliados, en términos de frecuencia o intensidad de uso, concentración y oportunidad.

La Comisión de Regulación en Salud, CRES, en lo de su competencia, actualizará el Plan Obligatorio de Salud por lo menos una vez al año. En la actualización o modificación de dicho Plan Obligatorio de Salud, se deberán adoptar los mecanismos que se definen en el presente decreto.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. La Comisión de Regulación en Salud, CRES, actualizará el Plan Obligatorio de Salud en los términos y con la metodología definida en el presente decreto dentro de los seis (6) meses siguientes a la publicación del mismo.

ARTÍCULO 13. MECANISMOS DE ACTUALIZACIÓN. <Decreto INEXEQUIBLE> Para cualquier actualización o modificación del Plan Obligatorio de Salud será necesario que sus contenidos, estructura y codificación respondan a las condiciones de salud de la población y sus necesidades de servicios de salud, para lo cual se aplicarán las siguientes técnicas y requisitos:

13.1. Se emplearán metodologías probadas científicamente para la identificación del perfil epidemiológico nacional y la carga de la enfermedad, así como su impacto en la población general.

13.2. Se asegurará que la inclusión de un procedimiento, intervención, insumo, dispositivo o medicamento cuente con el estudio y evaluación de su efectividad, seguridad, pertinencia, análisis de costo-efectividad y con evidencia científica en este sentido, de modo que se asegure la ganancia en salud para la población y prime el interés colectivo sobre el individual.

13.3. Se realizarán procesos de consulta a la ciudadanía y a la comunidad médico-científica.

13.4. Se priorizarán las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos o dispositivos que se consideren relevantes para el país y que puedan ser evaluados a través de los

mecanismos de actualización del Plan Obligatorio de Salud.

13.5. Se priorizarán las condiciones de salud de la población general en las que deban enfocarse principalmente las actualizaciones del Plan Obligatorio de Salud.

13.6. Para la financiación del Plan Obligatorio de Salud, la Comisión de Regulación en Salud, CRES, directamente, o a través de entidades con amplia trayectoria en evaluaciones económicas en salud e idóneas para tal fin, realizará los estudios de costos y actuariales para definir la Unidad de Pago por Capitación que financie, UPC, los servicios que componen el Plan Obligatorio de Salud. Estos estudios incluirán al menos, el análisis de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación y el de la sostenibilidad de las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, dedicadas al financiamiento de los servicios de salud prestados en los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Las metodologías que se emplearán en estos análisis se establecerán previamente y serán divulgadas a los actores del sector.

13.7. El cálculo que se realice para la financiación del Plan Obligatorio de Salud tendrá en cuenta un ajuste por riesgo que considere, entre otras, las diferencias por grupos etarios, de género, zona geográfica y condiciones de salud de la población.

ARTÍCULO 14. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> La Comisión de Regulación en Salud, CRES, en la definición de las exclusiones del Plan Obligatorio de Salud, tendrá en cuenta los siguientes criterios que deberán aplicarse a cualquier actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumos:

14.1. Que sean considerados como experimentales o sin suficiente evidencia científica sobre sus beneficios en salud, ni sobre su seguridad clínica.

14.2. Que no representen ganancia en salud, para la población de acuerdo a la inversión de recursos que requieren.

14.3. Que su valor no sea financiable por la Unidad de Pago por Capitación, UPC, o con los recursos disponibles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

14.4. Que como fruto del proceso de participación ciudadana no hayan sido aceptados.

ARTÍCULO 15. DOCTRINA MÉDICA. <Decreto INEXEQUIBLE> Es el conjunto de conceptos conclusivos y recomendaciones basados en el análisis de la evidencia científica y la pertinencia de una tecnología en salud para su aplicación efectiva en la atención de las personas.

ARTÍCULO 16. REFERENTES BASADOS EN EVIDENCIA. <Decreto INEXEQUIBLE> Son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud.

Los referentes basados en evidencia incluyen principalmente, las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención para una condición de salud sea de calidad, segura y efectiva y que procure el equilibrio financiero del

sistema.

ARTÍCULO 17. COPAGOS, PAGOS COMPARTIDOS Y DEDUCIBLES. <Decreto INEXEQUIBLE> Sin perjuicio de lo señalado en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los afiliados y beneficiarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a copagos, pagos compartidos o deducibles, para las atenciones y servicios, ambulatorios u hospitalarios, incluidos o no en el Plan Obligatorio de Salud. El Gobierno Nacional reglamentará la materia, en relación con el nivel de complejidad de la atención en salud y con la capacidad socio-económica de las personas.

ARTÍCULO 18. INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, definidos con la estructura descrita, serán públicos para consulta de la ciudadanía en general y se divulgarán a través de los medios que se definan de manera conjunta entre la Comisión de Regulación en Salud y el Ministerio de la Protección Social.

CAPITULO III.

PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD.

ARTÍCULO 19. <Decreto INEXEQUIBLE> Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

“Artículo 169. Planes Voluntarios de Salud. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales o económicas, relacionadas con los servicios de salud, contratados voluntariamente que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley.

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud, implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tales Planes podrán ser:

169.1. Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2. Planes de medicina prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de medicina prepagada.

Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros.

Le compete al Estado el control de estos planes.

PARÁGRAFO. Los planes voluntarios de salud y las tarifas se regirán por lo previsto en el artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en lo que resulte pertinente. En relación con Entidades Promotoras de Salud y Entidades de Medicina Prepagada el depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.”

ARTÍCULO 20. COBERTURAS. <Decreto INEXEQUIBLE> Los planes voluntarios de

salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud, estén o no incluidas en el POS, tales como, copagos; servicios de salud, médicos, odontológicos, pre-hospitalarios, hospitalarios o de transporte; condiciones diferenciales frente a los planes obligatorios; coberturas de periodos de carencia; y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud solo podrán ofrecer planes complementarios a personas que tengan el POS en su misma Entidad Promotora de Salud y las coberturas estarán circunscritas a los copagos, a los servicios no cubiertos por el POS, o a servicios incluidos en diferentes condiciones de hotelería, de acceso, de frecuencia de usos de servicios de salud y de tecnología, o de atenciones diferentes que permitan diferenciarlo de los planes obligatorios de salud.

En los planes de atención complementaria solo podrán ofrecerse los contenidos del Plan Obligatorio de Salud en las mismas condiciones de atención cuando estos estén sometidos a periodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este periodo.

ARTÍCULO 21. PROTECCIÓN AL USUARIO. <Decreto INEXEQUIBLE> Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

En las pólizas de seguros de que trata el presente decreto no será aplicable la reticencia ni la inexactitud.

PARÁGRAFO. Las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud no podrán dar por terminado los contratos ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

ARTÍCULO 22. COBERTURAS SIMULTÁNEAS. <Decreto INEXEQUIBLE> Cuando existan coberturas simultáneas entre un plan obligatorio y uno voluntario se aplicarán las siguientes reglas:

22.1. El afiliado elegirá libremente el plan por el cual ingresa para su atención, sin perjuicio de que solicite servicios adicionales a otro plan de acuerdo con sus coberturas, cuando la misma no se encuentre incluida en el primero.

22.2. Cuando medie acuerdo entre las Entidades Promotoras de Salud y las entidades que emiten planes voluntarios de salud, los reembolsos por la atención prestada a sus afiliados, respecto de servicios cubiertos o amparados simultáneamente, por el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Voluntario tendrán como tope el valor global del descuento que se hubiere dado a los usuarios en el plan voluntario. En ningún caso el valor global de los descuentos podrá exceder el 30% de la Unidad de Pago por Capitación promedio de la Entidad Promotora de Salud. El reembolso aquí mencionado no podrá ser registrado por la Entidad Promotora de Salud como gasto médico.

El Gobierno Nacional podrá reglamentar el monto del valor global del descuento teniendo en cuenta el perfil demográfico de la población afiliada. Las entidades deberán registrar las respectivas cuentas en forma discriminada conforme las reglas contables que defina la Superintendencia Nacional de Salud.

22.3. La Entidad Promotora de Salud y las entidades que presten servicios de planes voluntarios de salud no podrán recobrar al Sistema los eventos no cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud que hagan parte del plan adicional de salud.

CAPITULO IV.

AUTONOMÍA PROFESIONAL.

ARTÍCULO 23. AUTONOMÍA PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS Y ODONTÓLOGOS. <Decreto INEXEQUIBLE> Se adiciona el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, con los siguientes parágrafos:

“Parágrafo 1o. Entiéndase por autonomía de las profesiones médica y odontológica la prerrogativa que la sociedad les confiere para autorregularse, de acuerdo con lo establecido en este artículo, mediante estándares que una vez adoptados, son de obligatorio cumplimiento.

Los estándares definidos por los profesionales médicos y odontólogos, representados por la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas en el caso de los médicos y la Federación Odontológica Colombiana en el caso de los odontólogos, en ejercicio de su autonomía, son de obligatorio cumplimiento para todos los médicos y odontólogos que ejerzan su profesión en el país.

PARÁGRAFO 2o. Cuando un paciente adulto, consciente y mentalmente competente o el legitimado para dar el consentimiento por el mismo, se niega a aceptar las recomendaciones formuladas por los profesionales médicos y odontólogos en observancia de los estándares, estos deben respetar la primacía de la autonomía del paciente, y así lo expresarán en la declaración de consentimiento informado en los términos que fije el Ministerio de la Protección Social para este fin.

ARTÍCULO 24. ESTÁNDARES DE ATENCIÓN EN SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Los estándares serán desarrollados por representantes calificados de la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas en el caso de los médicos y la Federación Odontológica Colombiana en el caso de los odontólogos, con la participación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Ascofame, y la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, ACFO, respectivamente, así como de las instituciones de educación superior acreditadas en Medicina y Odontología y del Ministerio de la Protección Social; con base en la metodología previamente acordada entre los participantes.

El Ministerio de la Protección Social fijará el sistema de calificación de los profesionales que intervengan en el desarrollo de los estándares.

ARTÍCULO 25. ADOPCIÓN DE LOS ESTÁNDARES. <Decreto INEXEQUIBLE> Una vez desarrollados por las entidades señaladas en el artículo anterior, los estándares serán adoptados por el Organismo Técnico Científico para la Salud, serán referentes para el ejercicio de estas profesiones, la determinación de responsabilidad ético disciplinaria y la actualización de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 26. CONOCIMIENTO SOBRE LOS ESTÁNDARES. <Decreto

INEXEQUIBLE> Las entidades del sector donde se desempeñen profesionales médicos y odontólogos deberán promover el conocimiento y cumplimiento de los estándares que se adopten conforme al presente decreto, garantizando los principios de autonomía y autorregulación de los profesionales de la salud definidos en la Ley 1164 de 2007 y en este decreto.

Para la aplicación del presente artículo, cada entidad definirá y ejecutará programas anuales de actualización de sus profesionales, asegurando que estos cuenten con los espacios de tiempo y los recursos necesarios para tal fin y su verificación hará parte del proceso de habilitación.

ARTÍCULO 27. FONDO DE CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Créase el Fondo Cuenta de Capacitación de los Profesionales de la Salud con el objeto de financiar la actualización de los profesionales médicos y odontólogos en los estándares adoptados conforme al presente decreto. La administración de los recursos del Fondo se hará a través del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior, ICETEX, previo convenio con el Ministerio de la Protección Social, y su financiación se efectuará con el 1% de los recursos recaudados por el monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar, de conformidad con el artículo 42 de la Ley 643 de 2001, las multas impuestas en desarrollo de lo señalado en el artículo 32 y 33 del presente decreto y otros recursos que se destinen para tal fin.

ARTÍCULO 28. CONFLICTO DE INTERESES. <Decreto INEXEQUIBLE> Habrá conflicto de intereses en las situaciones en las cuales el juicio profesional del médico u odontólogo sobre el beneficio en la salud del paciente, la publicación de un documento de carácter médico o científico o el desarrollo de una investigación o de un estándar para el ejercicio de la profesión, esté subordinado a intereses contrarios a sus deberes éticos, legales y profesionales, bien sean ellos de prestigio, promoción social o de naturaleza económica o financiera.

PARÁGRAFO. El conflicto de intereses de naturaleza económica o financiera procederá cuando el mismo se predique del cónyuge, compañero o compañera permanente, o algunos de los parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, o socio o socios de hecho o de derecho del respectivo médico u odontólogo.

ARTÍCULO 29. PRESUNCIÓN DE SITUACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES. <Decreto INEXEQUIBLE> Se presume la existencia de conflicto de intereses respecto de la formulación o prescripción de medicamentos, insumos, dispositivos, procedimientos de promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento, terapéutica, rehabilitación o paliación de la enfermedad, así como de la elaboración de estudios dirigidos a definir el ajuste, actualización, modificación y definición de los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el desarrollo de los estándares de que trata este decreto, o la publicación de documentos de carácter médico científico, cuando:

29.1. Los profesionales de la salud tengan participación o interés económico directo o por interpuesta persona en empresas productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos, insumos, dispositivos o entidades que realizan procedimientos de prevención, diagnóstico, terapéutica o de rehabilitación.

29.2. Los profesionales de la salud acepten o reciban beneficios particulares de personas naturales o jurídicas por la promoción de insumos, dispositivos, procedimientos de prevención,

diagnóstico, terapéutica, rehabilitación y paliación de la enfermedad, producidos, distribuidos, prestados o comercializados directamente o a través de terceros, a través de la formulación, prescripción o publicidad de los mismos.

ARTÍCULO 30. OBLIGACIONES PARTICULARES PARA QUIEN SE ENCUENTRE EN CONFLICTO DE INTERESES. <Decreto INEXEQUIBLE> Quienes se encuentren en situaciones de conflicto de intereses deberán revelar dicha situación al paciente quien expresará su conformidad o no en el consentimiento informado, en forma clara y suficiente. El Ministerio de la Protección Social reglamentará los formatos que se requieran para la declaración de conflicto de intereses.

La información de las declaraciones de conflicto de interés en la elaboración de investigaciones y estudios dirigidos a definir el ajuste, actualización, modificación y definición de los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o los estándares de que trata este decreto, deberá ser difundida ampliamente y publicada en una página Web para consulta de todos los interesados.

El no revelar la situación generadora del conflicto de intereses constituirá falta ético disciplinaria.

En todo caso, los médicos y odontólogos se abstendrán de realizar o participar en aquellas actividades relacionadas con el ejercicio de sus profesiones, en las cuales sus juicios y decisiones se subordinen a intereses contrarios al logro de beneficios en la salud del paciente o que causen daño económico al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 31. SANCIONES AL PROFESIONAL MÉDICO U ODONTÓLOGO. <Decreto INEXEQUIBLE> Adiciónase el artículo 83 de la Ley 23 de 1981, y el artículo 79 de la Ley 35 de 1989, con el siguiente literal:

“e) Sanciones pecuniarias. Cuando el profesional se aparte sin justificación aceptable de una recomendación incluida en un estándar adoptado por su respectiva profesión y con ello ocasione un daño económico al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incurrirá en una falta que será sancionada con una multa entre 10 y 50 SMMLV.”

Los recursos recaudados por efecto de estas sanciones serán destinados al Fondo de Capacitación de los Profesionales de la Salud, creado en el presente decreto.

Para efectos de las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, se tendrá como práctica no autorizada obrar en contra de lo previsto en este decreto. Adicionalmente, cuando a ello haya lugar, el comportamiento deberá ser analizado por las instancias de ética profesional que correspondan.

ARTÍCULO 32. COMPETENCIA DEL TRIBUNAL SECCIONAL ÉTICO PROFESIONAL EN MATERIA DE FALTAS A LA ÉTICA MÉDICA. <Decreto INEXEQUIBLE> Modifíquese el artículo 84 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:

“Artículo 84. El Tribunal Seccional Ético-Profesional es competente para aplicar las sanciones a que se refieren los literales a), b), c) y e) del artículo 83 de la Ley 23 de 1981. Cuando a su juicio haya mérito para aplicar la suspensión de que trata el literal d) del artículo 83 dará traslado, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha del pronunciamiento de fondo al

Tribunal Nacional para que se decida”.

ARTÍCULO 33. COMPETENCIA DEL TRIBUNAL SECCIONAL ÉTICO PROFESIONAL EN MATERIA DE FALTAS A LA ÉTICA ODONTOLÓGICA. <Decreto INEXEQUIBLE> Modifíquese el artículo 80 de la Ley 35 de 1989, el cual quedará así:

“Artículo 80. El Tribunal Seccional Etico Profesional es competente para aplicar las sanciones a que se refieren los literales a), b), c) y e) del artículo 79 de la presente ley.

Cuando a su juicio haya mérito para aplicar la suspensión de que trata el literal d) del artículo 79 dará traslado, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha del pronunciamiento de fondo al Tribunal Nacional para que decida”.

ARTÍCULO 34. REFORMA A LA LEY 23 DE 1981. <Decreto INEXEQUIBLE> Confórmase la Comisión de Propuesta para la Reforma de la Ley 23 de 1981, en la cual participarán la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, y el Ministerio de la Protección Social, para la elaboración conjunta de un proyecto de ley que actualice la Ley 23 de 1981. Esta Comisión tendrá una duración de tres meses a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, período en el cual presentará al Ministerio de la Protección Social la propuesta de reforma de la Ley 23 de 1981.

ARTÍCULO 35. REFORMA A LA LEY 35 DE 1989. <Decreto INEXEQUIBLE> Confórmase la Comisión de Propuesta para la Reforma de la Ley 35 de 1989, en la cual participarán la Federación Odontológica Colombiana, la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, ACFO, y el Ministerio de la Protección Social, para la elaboración conjunta de un proyecto de ley que actualice la Ley 35 de 1989. Esta Comisión tendrá una duración de tres meses a partir de la entrada en vigencia del presente decreto, período en el cual presentará al Ministerio de la Protección Social la propuesta de reforma de la Ley 23 de 1981.

ARTÍCULO 36. FORTALECIMIENTO DE LA COMISIÓN REGULADORA EN SALUD, CRES. <Decreto INEXEQUIBLE> Con el ánimo de acelerar el proceso de revisión del POS, se incorporarán, en forma transitoria y por el tiempo máximo de un (1) año, dos nuevos comisionados expertos a la composición de la Comisión Reguladora de Salud, CRES, los cuales serán representantes del Presidente de la República.

CAPITULO V.

DE LA AFILIACIÓN.

ARTÍCULO 37. NATURALEZA DE LA AFILIACIÓN. <Decreto INEXEQUIBLE> La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es de carácter obligatorio para los colombianos y residentes del territorio nacional en los términos en que corresponden a cada régimen de aseguramiento; en consecuencia el Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos de afiliación forzosa y las sanciones correspondientes.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud se dará por una única vez. Luego

de esta, los cambios en la condición del afiliado o los traslados entre EPS del mismo régimen o entre regímenes se considerarán novedades.

ARTÍCULO 38. DE LA COBERTURA UNIVERSAL. <Decreto INEXEQUIBLE> En el marco de la cobertura universal de las poblaciones SISBEN I, II y III el acceso a los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud de la población elegible no afiliada deberá realizarse en el marco de la afiliación al Régimen Subsidiado y por lo tanto, la entidad territorial deberá adelantar de manera inmediata la afiliación para que dichos servicios sean atendidos con cargo a las fuentes de financiamiento previstas por la Ley 1122 de 2007, para dicho Régimen.

ARTÍCULO 39. <Decreto INEXEQUIBLE> Modifíquese el literal a del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

“a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en el nivel I del Sisbén o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

La población de los niveles II y III del Sisbén podrán recibir subsidio total o pleno siempre y cuando no cuenten con capacidad parcial de aporte de acuerdo con los instrumentos que defina el Gobierno Nacional para tal fin.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén”.

ARTÍCULO 40. <Decreto INEXEQUIBLE>Modifíquese el literal b) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

“b) La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 80% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén.

Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social”.

ARTÍCULO 41. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE>“Las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud (EPS). El Gobierno Nacional establecerá en un término no mayor a (3) tres meses a partir de la expedición del presente decreto, los términos, los plazos, las condiciones y requisitos de habilitación para que estas entidades puedan operar en los dos regímenes de aseguramiento”.

ARTÍCULO 42. PRESTACIÓN DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. <Decreto INEXEQUIBLE>Las acciones de promoción y prevención de baja complejidad deberán prestarse a través de la red pública o privada habilitada del municipio de residencia del municipio del afiliado.

Los servicios promoción y prevención de mayor complejidad se deberán contratar con la red habilitada de la región. En cualquier caso se procurará que estas atenciones se efectúen cerca de

la residencia del afiliado con agilidad y celeridad.

CAPITULO VI.

FLUJO FINANCIERO.

ARTÍCULO 43. <Decreto INEXEQUIBLE> Modifíquense los numerales 1 y 7 del artículo 178 de la Ley 100 de 1993, los cuales quedarán así:

“1. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del régimen contributivo, continuarán siendo responsables por la labor de recaudo de las cotizaciones, sin perjuicio de que esta operación físicamente se realice de manera electrónica y que los efectos del recaudo así realizado en materia de compensación se generen de manera automática, de conformidad con el reglamento que para el efecto se expida”.

“7. Las demás que determine el Ministerio de la Protección Social”.

CAPITULO VII.

AFILIACIÓN, VALIDACIÓN E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.

ARTÍCULO 44. REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS. <Decreto INEXEQUIBLE> Para los procesos de afiliación, identificación, validación y acceso a los servicios del Sistema de la Protección Social se podrá contar con un sistema de Afiliación Único Electrónico, el cual incorporará mecanismos biométricos, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO. El suministro de información, las consultas, validaciones o verificaciones de la información biográfica y biométrica de los afiliados al Sistema de la Protección Social, que soliciten el Registro Unico de Afiliados o quien lo administre o el Ministerio de la Protección Social a la Registraduría Nacional del Estado Civil.

ARTÍCULO 45. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. <Decreto INEXEQUIBLE> El Ministerio de la Protección Social, para los fines de validación de la información suministrada por los aportantes y los afiliados al Sistema de la Protección Social, podrá consultar y compartir información con los Operadores de la Información de que trata la Ley 1266 de 2008, para lo cual se utilizarán los acuerdos o convenios existentes o los que se suscriban para tal fin.

CAPITULO VIII.

FINANCIACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

ARTÍCULO 46. RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Los recursos del sistema general de seguridad social en salud y del sector salud por su destinación constitucional específica deberán utilizarse para los

fines en ellos previstos y no podrán ser sujetos de pignoración, titularización o cualquier otra clase de disposición financiera. La destinación diferente de estos recursos constituye práctica insegura e ilegal que será sancionada por las autoridades competentes.

Los recursos de la seguridad social en la salud por su naturaleza pública y parafiscal, recibidos por concepto de la Unidad de Pago por Capitación solo pueden ser usados para actividades dirigidas a la prestación del Plan obligatorio de Salud a sus afiliados y a su administración, constituyéndose en irregular el uso de los recursos de la unidad de pago por capitación para otros fines.

ARTÍCULO 47. DEFINICIÓN Y CÁLCULO DE LA UPC. <Decreto INEXEQUIBLE> Para la definición del valor y estructura de la UPC, se realizarán estudios actuariales y económicos dirigidos a calcular la UPC y que servirán de insumo para la toma de decisiones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 48. AJUSTE DE RIESGO DE LA UPC. <Decreto INEXEQUIBLE> Se propenderá por profundizar los mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC. Para esto, se mantendrán las actuales variables de ajuste como edad, sexo, localización geográfica y se trascenderá en la inclusión de otras variables determinantes del gasto en salud tales como el estado de salud de los afiliados.

PARÁGRAFO. De manera transitoria, previa revisión que se realice conjuntamente por los Ministerios de Protección y Hacienda, en aras de garantizar la prestación de servicios de salud de los afiliados a EPS que evidencian una desviación de siniestralidad sobre el promedio del sistema, por razón de concentración del riesgo en alguna patología de alto costo que no pueda ser cubierta por los esquemas ordinarios de financiamiento establecidos para el mismo, esto es la UPC y el mecanismo desarrollado a partir del artículo 19 de la Ley 1122 de 2007, se podrá diseñar una metodología que permita definir el valor que deberá entregársele a la EPS para asegurar el equilibrio del financiamiento de dicha patología por los tiempos estrictamente necesarios y siempre teniendo en cuenta que esta concentración de siniestralidad es descendente en el tiempo.

El valor se pagará con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía del régimen al que pertenezca la EPS que presenta dicha desviación.

ARTÍCULO 49. PAGO POR RESULTADOS EN SALUD. <Decreto INEXEQUIBLE> Se adelantarán las acciones necesarias para relacionar la financiación de los actores del sistema con los resultados en salud de la población afiliada, producto de la gestión del riesgo. Para estos efectos, se adelantarán los estudios técnicos tendientes a definir la metodología para el desarrollo de modelos que permitan ajustar la UPC por resultados en salud, que incluyan la evaluación de la gestión del riesgo.

ARTÍCULO 50. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA. <Decreto INEXEQUIBLE> Para la financiación del Plan Obligatorio de Salud, se realizarán los estudios de sostenibilidad de las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- dedicadas al financiamiento de los servicios de salud prestados en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

PARÁGRAFO 1o. Las metodologías que se emplearán para los estudios mencionados en este

capítulo, se establecerán previamente y serán divulgadas a los actores del sector.

PARÁGRAFO 2o. Las metodologías para el ajuste de riesgo epidemiológico y el pago por resultados en salud, se desarrollarán durante el 2010 y entrarán en vigencia a partir de 2011.

ARTÍCULO 51. USO DE LA UPC-S PARA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN NO EJECUTADA POR LAS ENTIDADES TERRITORIALES. <Decreto INEXEQUIBLE> Los saldos de los recursos del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S), de que trataba el artículo 46 de la Ley 715 y definidos en el Acuerdo 229 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), se reintegrarán a la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga para la financiación de programas o proyectos prioritarios que desarrollen el Plan Nacional de Salud Pública y que defina el Ministerio de la Protección Social.

Para tal efecto, las entidades territoriales deberán reportar la existencia o no de los saldos al Ministerio de la Protección Social dentro de los (30) treinta días siguientes a la publicación del presente decreto con el objeto de que se realice un posterior cruce de cuentas con los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones de la respectiva entidad territorial. Una vez realizado este cruce de cuentas, cada entidad territorial efectuará el traslado de recursos correspondiente, entre las subcuentas de régimen subsidiado y de salud pública del fondo territorial de salud.

Sin perjuicio de la responsabilidad a que haya lugar, en caso de que la entidad territorial no reporte oportunamente esta información o la misma sea inexacta, se utilizará la información disponible en el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 52. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. <Decreto INEXEQUIBLE> El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 21 de enero de 2010.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro del Interior y de Justicia,

FABIO VALENCIA COSSIO.

El Ministro de Relaciones Exteriores,

JAIME BERMÚDEZ MERIZALDE.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

OSCAR IVÁN ZULUAGA ESCOBAR.

El Ministro de Defensa Nacional,

GABRIEL SILVA LUJÁN.

El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural,

ANDRÉS FERNÁNDEZ ACOSTA.

El Ministro de la Protección Social,

DIEGO PALACIO BETANCOURT.

El Ministro de Minas y Energía,

HERNÁN MARTÍNEZ TORRES.

El Viceministro de Comercio Exterior, encargado de las funciones del despacho del Ministro de Comercio Exterior,

GABRIEL DUQUE MILDENBERG.

La Ministra de Educación Nacional,

CECILIA MARÍA VÉLEZ WHITE.

El Ministro de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial,

CARLOS COSTA POSADA.

La Ministra de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones,

MARÍA DEL ROSARIO GUERRA DE LA ESPRIELLA.

El Ministro de Transporte,

ANDRÉS URIEL GALLEGO HENAO.

La Viceministra de Cultura encargada de las Funciones del Despacho de la Ministra de Cultura,

MARÍA CLAUDIA LÓPEZ SORZANO.

Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores
ISSN 2256-1633
Última actualización: 31 de marzo de 2018

CANCILLERÍA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN