

**PROYECTO DE LEY DE REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

52-04

“Por el cual se ~~realizan modificaciones~~ modifica ~~al~~ Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los ~~artículo~~ Artículos ~~48, 49, 151, 288, 356 y 357~~ de la Constitución Política” ~~..~~

**CAPITULO I  
DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1.- Objeto.**

~~La presente Ley tiene por objeto Reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo una misma operatividad para todos los regímenes y modificar la estructura del sistema y redistribuir las funciones y competencias de las entidades e instituciones involucradas, con los siguientes objetivos específicos:~~

- ~~a. Lograr la universalidad en la cobertura mediante el aseguramiento y a través de este, el acceso real a los servicios de salud individuales y colectivos expresamente definidos en los Planes de Beneficios.~~
- ~~b. Reestructurar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud~~
- ~~d. con el propósito de mejorar su eficiencia y garantizar el uso adecuado de sus recursos.~~

~~Reestructurar los procesos de selección y contratación de entidades administradoras del nuevo régimen subsidiado con el fin de hacerlos más ágiles y transparentes.~~

~~Lograr la universalidad en la cobertura mediante el aseguramiento y a través de este, y el acceso real a los servicios de salud individuales y colectivos expresamente definidos en los Planes de Beneficios.~~

~~1.2. Reestructurar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de mejorar su eficiencia y Ggarantizar el uso adecuado y eficiente de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.~~

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

1.3 Reestructurar Definir los procesos de selección y contratación de las Entidades administradoras Promotoras de Salud del Nnuevo Rrégimen Ssubsidiado, con el fin de hacerlos más ágiles y transparentes.

**Artículo 2-Definiciones:**

Para efectos de lo establecido en la presente ley y en adelante para todo lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud se adoptan las siguientes definiciones:

a.Fondo Territorial Colombia para la Salud — FOCOS: es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, administrada por fiducia mercantil, creada para agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de la Salud Pública Colectiva y el Nuevo Régimen Subsidiado a nivel nacional, con el objeto de permitir una verdadera equidad financiera en la asignación de los recursos públicos, agilizar los flujos financieros y hacer los procesos contractuales transparentes y expeditos.

b.Redes de prestación de servicios: Una red de prestación de servicios de salud es una alianza integrada por entidades habilitadas de diferente nivel y tipo de servicios, con la capacidad para entregar el Plan de Beneficios en condiciones de oportunidad, integralidad y calidad y en la cantidad adecuada para un grupo poblacional definido.

e.Nuevo Régimen Subsidiado: Es el régimen al que ingresa la población más pobre y vulnerable para acceder a un Plan de Beneficios mediante subsidios totales o parciales a la Unidad de Pago por Capitación conforme a las normas que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

d.Eventos de alto costo: Los eventos de alto costo son aquellos cuyo tratamiento genera en un periodo de tiempo determinado un gasto en salud que no solamente afecta la estabilidad económica de las familias, sino también desequilibra financieramente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

## CAPITULO II

### ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

**Artículo 2-Artículo 1-. Competencias dDe los Departamentos y el Distrito Capital.**

Con formato: Numeración y viñetas

Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la Ley y en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 43 de la Ley 715 de 2001, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los departamentos y el Distrito Capital tendrán en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la función

b.Organizar y administrar el Registro de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud en su territorio, de acuerdo a las normas establecidas para tal efecto por el Gobierno Nacional.

Con formato: Numeración y viñetas

e. de organizar y administrar el Registro Especial de Redes de Servicios, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

**Artículo 2-. Competencias de los Municipios y Distritos.**

Con formato: Numeración y viñetas

~~Artículo 3-. Adoptar, difundir, implantar y vigilar los lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social en lo relativo al Plan de Salud Pública Colectiva, frente a la situación de salud pública departamental.~~

Con formato: Numeración y viñetas

**Artículo 4-. De los Municipios y Distritos.**

Con formato: Numeración y viñetas

Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna ~~la Ley~~ la Ley y en concordancia con lo dispuesto en los Artículos 44 y 45 de la Ley 715 de 2001, ~~en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los~~ municipios y distritos tendrán las siguientes funciones de:

~~a. Diseñar y ejecutar el Plan de Salud Pública Colectiva del Municipio, el cual deberá articularse con el del Departamento, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~b. Vigilar y controlar las acciones de prevención y promoción dirigidas al individuo que serán entregadas como parte del plan de beneficios tanto en el Régimen Contributivo como en el Nuevo régimen Subsidiado.~~

~~Aplicar el instrumento de caracterización socioeconómica de la población utilizando para este fin el instrumento Sistema de Identificación de Beneficiarios — SISBEN que define el CONPES para este efecto.~~

2.1. Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos de su propiedad que se les asignen para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en virtud de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política en los términos establecidos en la presente ley.

2.2. Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos que le asigne el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS, para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

~~Remitir la información pertinente correspondiente al Ministerio de la Protección Social.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~Convocar a la población objeto del subsidio para que mediante participación popular elija una sola Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, en aquellos municipios con población menor a 100,000 habitantes.~~

2.3. Convocar a los beneficiarios del subsidio al proceso de selección y afiliación en las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado y su

red de servicios y difundir los listados de las personas beneficiarias de la Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud, en su jurisdicción.

, en municipios con población mayor a 100,000 habitantes

2.4. Difundir públicamente los resultados de la selección realizada por la población de las Entidades Promotoras de Salud (EPSs) del Nuevo Régimen Subsidiado y ordenar el gasto mediante la remisión del listado correspondiente al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS, debidamente firmados.

2.5. Ordenar al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS la suscripción de los contratos para el aseguramiento en el Nuevo Régimen Subsidiado en los términos establecidos en la presente Ley. Dicha orden se entiende impartida con la remisión del listado de beneficiarios de los subsidios al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Vigilar y controlar las acciones de prevención y promoción dirigidas al individuo que serán entregadas como parte del plan de beneficios tanto en el Régimen Contributivo como en el Nuevo Régimen Subsidiado. (EPS's)

#### **Artículo 4-~~Artículo 3-~~ Las Entidades Promotoras de Salud.**

Con formato: Numeración y viñetas

Adicionalmente a lo establecido en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud afiliarán a las personas tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado.

Se podrán habilitar ~~podrán habilitarse de manera preferente~~ para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Nuevo Régimen Subsidiado las Cajas de Compensación Familiar, entidades públicas y entidades sin ánimo de lucro que cumplan con los requisitos del Sistema Único de Habilitación.

Lo anterior sin perjuicio de que otras entidades que administran los subsidios en salud a la vigencia de la presente Ley, también participen en el Nuevo Régimen Subsidiado si cumplen con los requisitos de habilitación establecidos por el Gobierno Nacional.

Parágrafo. ~~A partir de la expedición vigencia de la presente Ley las entidades que administran el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán transformarse en Entidades Promotoras de Salud de conformidad con el Capítulo I del Título II del Libro II de la Ley 100 de 1993.~~

#### **Artículo 5-~~Artículo 4-~~ Contratación con las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud.**

Con formato: Numeración y viñetas

Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado contratarán no menos del cincuenta por ciento (50%) de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada con Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud organizadas en las , dando prelación a la contratación de redes de que trata el Artículo 54 de la Ley 715 de 2001. Estas instituciones deberán demonstrar su sostenibilidad financiera.

~~Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas sólo podrán hacer parte de Redes de Prestación de Servicios de Salud si han entrado en un proceso de ajuste y reestructuración que garantice su sostenibilidad financiera dentro del marco de lo estipulado en el Artículo 43 de la Ley 812 de 2003.~~

### **CAPITULO III FINANCIAMIENTO**

#### **~~Artículo 6-~~Artículo 5-. Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.**

Con formato: Numeración y viñetas

~~Créase~~Créase el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS como una cuenta sin personería jurídica y sin planta de personal propia, que administrará mediante fiducia mercantil, entre otros, los recursos de propiedad de las entidades territoriales que se destinan a la financiación de la afiliación de la población al Nuevo Régimen Subsidiado.

Para su operación estará adscrito al Ministerio de la Protección Social. En todo caso, la entidad fiduciaria será la responsable de la administración de los recursos.

~~Agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de la Salud Pública Colectiva a nivel nacional.~~

#### **~~Artículo 7-~~Artículo 6-. Estructura del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.**

Con formato: Numeración y viñetas

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, es una cuenta ~~estará constituido por la~~ tendrá las siguientes cuentas independientes:

- a. Cuenta Nuevo Régimen Subsidiado.
- b. Cuenta Salud Pública Colectiva Nacional
- c. Cuenta de Eventos de Alto Costo

Con formato: Numeración y viñetas

~~Cada La cuenta independiente del Nuevo Régimen Subsidiado que~~ tendrá una subcuenta global denominada subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado y tantas sendas subcuentas individuales como regiones departamentales y distritales

entidades territoriales existan en el país que reciben transferencias de la Nación para subsidios a la demanda en salud de conformidad con los artículos 356 y 357 de la Constitución Política.

A la subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado ingresarán los recursos de que trata el Artículo 8 de la presente Ley que no se encuentren distribuidos a las entidades territoriales.

~~En las subcuentas individuales se agruparán~~ ingresarán los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a la financiación de subsidios a la demanda distribuidos por el CONPES, los demás recursos de las entidades territoriales que les sean distribuidos y los recursos de la subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS que les sean asignados a las entidades territoriales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Podrán igualmente ingresar al Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS los recursos propios de las entidades territoriales que éstas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre, conforme a lo previsto en la presente Ley.

~~en las cuales se agruparán los recursos nacionales y de las entidades territoriales que la cofinancian, el Nuevo Régimen Subsidiado y de la Salud Pública Colectiva.~~

**Parágrafo 1.** Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a la financiación del aseguramiento en el Nuevo Régimen Subsidiado, para su transferencia, se presupuestarán directamente en ~~Los recursos del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS son para todos los efectos recursos de la seguridad social en salud, y en consecuencia no podrán destinarse a actividad alguna diferente a la fijada en esta Ley.~~

~~Parágrafo 2.~~ el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS y se girarán en los plazos señalados en la Ley 715 de 2001.

**Parágrafo 23.** ~~La subcuenta de Solidaridad, del A partir del 1 de Enero del 2005 las subcuentas de Solidaridad y Garantía y de Prevención y Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA se trasladarán en su totalidad a la Cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado y a la Cuenta de Salud Pública Colectiva del FOCOS Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS respectivamente. Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA pasará al Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, exceptuando los recursos provenientes del Impuesto Social a las Armas, de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, los cuales a partir de la vigencia de la presente Ley harán parte de la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.~~

~~Artículo 8-~~**Artículo 7-. Funciones del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.**

Con formato: Numeración y viñetas

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, tendrá las siguientes funciones:

- ~~en municipios con población mayor a 100.000 habitantes~~  
7.1. ~~Recibir, por cuenta y nombre de las entidades territoriales, los recursos del Sistema General de Participaciones para salud que financian los subsidios a la demanda y otros recursos destinados al mismo fin.~~
- 7.2. ~~debidamente firmados~~<sup>81.</sup> ~~8~~ Recaudar los recursos de que tratan los numerales 8.1, 8.2, 8.3 y 8.5 del artículo 8 de la presente Ley.
- 7.3. Registrará financiera y contablemente en la subcuenta individual de cada entidad territorial los recursos en la cuenta independiente correspondiente del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS discriminando por fuente y uso.
- 7.4. Celebrará los contratos de aseguramiento con las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, atendiendo el mandato de las entidades territoriales, el cual se entenderá otorgado al remitir el listado de la población de su jurisdicción que ha solicitado ser afiliada a la respectiva Entidad Promotora de Salud.  
~~habilitadas, para asegurar al número de personas que eligieron o seleccionaron la respectiva entidad de acuerdo a con lo dispuesto en el CI capítulo IV de la presente Ley~~
- ~~7.5. al Nuevo Régimen Suubsidiado definida en el Artículo 8 de la presente Ley~~<sup>82</sup>  
~~2.~~ ~~la que tendrá sendas subcuentas como regiones departamentales y distritales existan en el país, en la cual se agruparán los recursos nacionales y de las entidades territoriales que cofinancian la prestación de los servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, para toda la población elegible al subsidio~~ Registrará los recursos en cuenta independiente correspondiente a la Salud Pública Colectiva, ~~la que tendrá sendas subcuentas como regiones departamentales y distritales existan en el país, en la cual se agruparán los recursos nacionales y de las entidades territoriales que cofinancian la prestación de los servicios de salud pública colectiva, para toda la población del país.~~
- ~~7.6. Se responsabilizará de que los procesos contractuales respondan a los principios de transparencia, eficiencia, y economía.~~
- ~~7.7-7.5.~~ Efectuará los pagos de los contratos de aseguramiento ~~equivalentes al monto correspondiente a las unidades de pago por capitación subsidiada por el número de personas incluidas en cada contrato.~~
- ~~7.8.~~

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

~~7.9. 5. Velará para que la Nación y las Entidades Territoriales cumplan en forma oportuna con el giro de los recursos que les corresponden.~~

~~7.10.7.6. 8. Compilará y hará pública la información sobre la selección de Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado por parte de la población, con su correspondiente red de prestadores suministrada por los entes territoriales resultante del proceso de selección bienal de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado descrito en esta Ley.~~

~~7.11.~~

~~7.12.7.7. 8. Publicará el monto semestralmente los resultados de los recursos asignados a cada entidad territorial y el como resultado de las contrataciones que realizadas para el aseguramiento de la población pobre y vulnerable en cada jurisdicción.~~

~~7.13.7.8. Celebrar los contratos de interventoría para el control y vigilancia de los recursos y la prestación de los servicios en la ejecución de los contratos firmados entre el Fondo Territorial Colombia para la Salud, - FOCOS, y las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.~~

~~7.14.7.9. Las demás que sean necesarias para cumplir su objeto y aquellas que le sean atribuidas por el reglamento.~~

~~Artículo 9. Artículo 8. Financiación de la Cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.~~

~~Harán parte de la cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, los siguientes recursos:~~

~~8.1. Un punto uno veinticinco (1.25) (1.0000) de la cotización obligatoria que deben aportar los afiliados al Régimen Contributivo y los regímenes exceptuados, como solidaridad con los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado, manteniéndose el 12% como cotización de los afiliados a dicho régimen.~~

~~8.2. El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.~~

~~8.3. 9. Un aporte anual del Presupuesto Nacional, que será equivalente al menos al cincuenta por ciento porcentaje que corresponda del monto que genere el monto total de la transferencia efectiva para la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA incluida en el presupuesto nacional del año 2004 en pesos constantes, es recursos de que trata el literal a. del presente artículo, (PARI PASSU)~~

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

~~8.1.8.4. 9 Los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda, de conformidad con lo establecido en la presente ley a los que se refiere la Ley 715 de 2001 en su artículo 47, numeral 1.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~8.2.8.5. Un porcentaje de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que conforme a la Ley 643 de 2001 explota y distribuye a los municipios la Empresa Territorial para la Salud – ETESA, que se hayan destinados al aseguramiento en salud a la vigencia de la presente Ley.~~

~~8.3. Un porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidio a la oferta a los que se refiere el artículo 47, numeral 2 de la Ley 715 de 2001 y de los recursos de oferta del Ministerio de la Protección Social, que a partir del 1 de Enero de 2005 no podrá ser menor del valor en pesos constantes equivalentes al 650% de los mencionados recursos en el año 2004.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~8.4.8.6. 7g. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.~~

~~Parágrafo 1. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional a la cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado. Para definir el monto de las apropiaciones se tomará como base: lo reportado por el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS en la vigencia inmediatamente anterior a la que se elabora el Proyecto de Presupuesto, a la de preparación y aprobación de la Ley de presupuesto ajustados con base en el doble de la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes. Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.~~

~~Artículo 10- Artículo 9-. De los Recursos del Sistema General de Participaciones para recursos Salud en salud.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~Los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en salud se destinarán a financiar los gastos de salud, en los siguientes componentes:~~

~~9.1. 11.1. C- El setenta y cuatro punto doce por ciento (74,12%) del total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud y el crecimiento real del Sistema General de Participaciones para salud, se destinarán a cofinanciar los subsidios a la demanda para la atención de la población pobre que no está afiliada al Régimen Contributivo o a los regímenes especiales o exceptuados y se girarán al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.~~

~~Se destinará, a partir del 1 de Enero de 2005, el monto equivalente al sesenta y nueve por ciento (69.689%) del total de los recursos de salud del Sistema General de Participaciones para salud. (ESTO ES UN POCO MENOS DEL 50% DE LA OFERTA TOTAL DEL PAÍS. SI SE NECESITA TRANSFORMAR EL 60% DE LA OFERTA, ESTO EQUIVALE A 89% DEL SGP).~~

~~9.2. -Acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social, en el monto establecido en el Artículo 52 de la Ley 715 de 2001.~~

~~9.3. 41.2. P10- Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.— Se tomará el total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud en la respectiva vigencia y se le restarán los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre mediante subsidios a la demanda en el numeral 409.1, literal anterior— y los recursos destinados a financiar acciones de salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~41.3. Acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social, según la fórmula establecida en el artículo 52 de la Ley 715 de 2001.~~

~~**Parágrafo.**— Los recursos que forman parte del Sistema General de Participaciones de las Entidades Territoriales asignados a salud, serán distribuidos entre distritos, municipios y corregimientos departamentales.— Los recursos a los que se refiere el numeral 940.14.17.1 y el numeral 9.3, en lo relativo a los aportes patronales de que trata el artículo 58 del la Ley 715 de 2001, se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales y sus entes descentralizados.~~

#### ~~**Artículo 10- Distribución de los Sistema General de Participaciones para Salud Destinados a la Financiación de los Subsidios en Salud.**~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a financiar los subsidios a la demanda se distribuirán por el CONPES dividiendo el monto de los recursos disponibles entre el número de personas pobres en el país, no afiliadas al Régimen Contributivo y a los regímenes exceptuados, identificadas y seleccionadas en cada municipio de acuerdo con el sistema de identificación de beneficiarios que señale el CONPES.~~

~~En la subcuenta individual de cada entidad territorial se registrará una suma igual al número de personas pobres no afiliadas al Régimen Contributivo y a los regímenes exceptuados, identificadas y seleccionadas de acuerdo con el sistema de~~

identificación de beneficiarios que señale el CONPES, multiplicado por el valor per cápita obtenido conforme a la operación definida en el inciso anterior.

Aprobado el monto del Sistema General de Participaciones para una vigencia fiscal y antes de que se inicien los términos para la presentación de los presupuestos en las entidades territoriales, se deberá celebrar el CONPES mediante el cual se distribuyen los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a financiar los subsidios a la demanda.

Los recursos de que trata el presente artículo, una vez distribuidos, se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales y sus entes descentralizados.

#### ~~Artículo 10-~~**Artículo 11. Distribución de los Recursos No Distribuidos del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.**

Con formato: Numeración y viñetas

~~Artículo 10-~~Los recursos de la subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS destinados a cofinanciar los subsidios a la demanda para la atención a la población pobre distintos a los señalados en el artículo anterior, serán distribuidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las entidades territoriales de acuerdo con sus necesidades de cofinanciación atendiendo el valor de los subsidios totales o parciales por entregar a la población por atender y la existencia de otras fuentes de cofinanciación.

Con formato: Numeración y viñetas

#### ~~Artículo 12-~~**Otros Recursos Distribución de los recursos Recursos de la Cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado en FOCOS Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.**

Con formato: Numeración y viñetas

~~Las sumas correspondientes a los recursos que de las entidades territoriales y sus entes descentralizados, deben destinar como aportes para la cofinanciación de subsidios a la demanda para la atención de su población pobre y no perteneciente al Régimen Contributivo, de que trata el numeral 117.11 del Artículo 11 de la presente Ley, deberán ser pagadas con cargo a los recursos de salud del Sistema General de Participaciones en salud y deben ser giradas directamente por la Nación a la subcuenta respectiva de cada ente territorial del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS, a la subcuenta respectiva de cada ente territorial.~~

~~Los recursos a los que se refiere el presente Artículo se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales y sus entes descentralizados. El monto de los recursos que le será asignado con ese propósito a cada entidad territorial y sus entes descentralizados será equivalente al 69-689% (si se transforma el 60% de los recursos de oferta del país, este porcentaje será mayor; es aprox. 88%) de los recursos del Sistema General de Participaciones en salud en el año 2004, incrementado en la inflación causada y en el crecimiento real de los recursos del Sistema General~~

~~de Participaciones para Salud. El resultado será la cuantía que corresponderá a cada distrito, municipio o corregimiento departamental.~~

~~Estos recursos se dividirán por la uUnidad de pPago por cCapitación sSubsidiada vigente. El valor resultante equivale al volumen total de la población pobre por atender mediante subsidios a la demanda que en cada ente territorial será financiado por el Sistema General de Participaciones en Salud.~~

~~Artículo 13. Artículo 12. De las Rentas Cedidas y de los Propios de los entes Territoriales y Destinados a la Cofinanciación de los Subsidios a la Demanda.~~

Con formato: Numeración y viñetas

Las entidades territoriales que a la vigencia de la presente Ley hubieren ampliado cobertura de la población pobre no cubierta por el Régimen Contributivo o los regímenes exceptuados mediante subsidios a la demanda, con recursos que les hubiere distribuido la Empresa Territorial para la Salud – ETESA ~~destinación específica para salud o con recursos de capital~~, mantendrán dicha financiación en términos constantes para garantizar su continuidad.

Dichos recursos deberán ser girados a la Cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS y contablemente registrados en la correspondiente subcuenta territorial dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente a su recaudo.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS deberá recibir el giro directo de las rentas de que trata el presente artículo por parte de la entidad responsable del recaudo y distribución de las mismas, conforme lo señale el reglamento.

~~Parágrafo Se entiende como población pobre beneficiaria de los subsidios a la demanda, aquella población sin capacidad de pago que no se encuentra afiliada al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los regímenes de excepción, de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.~~

~~Artículo 13. De los Recursos de Cofinanciación Provenientes de Ffamilias y/o aAgremiaciones que rRepresentan a la pPoblación bBeneficiaria de sSubsidios pParciales.~~

Con formato: Numeración y viñetas

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, determinará el monto fijo y definido mediante estudios técnicos, de la cofinanciación que deberá aportar una vez al año a la EPS Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, la persona beneficiaria de subsidios parciales a cambio de su carné de afiliación.

~~El recaudo correspondiente será descontado del valor del contrato firmado entre FOCOS Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS y la respectiva EPS Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, según la base de datos que identifica a las personas susceptibles de recibir subsidios, con la cual se guía para efectuar dicho contrato.~~

~~**Parágrafo 1** El monto fijo por persona/año, de que trata el presente artículo, no podrá ser inferior al equivalente a cinco salarios mínimos diarios vigentes.~~

~~**Parágrafo 2** El Gobierno Nacional emitirá un bono equivalente al monto del subsidio parcial financiado por la cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado y definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual podrá utilizar la persona beneficiaria de subsidios parciales para ingresar al Nuevo Régimen Subsidiado conforme lo señala el presente artículo, o para afiliarse al Régimen Contributivo como complemento de la cotización de una unidad de pago por capitación de este régimen, a la que se adiciona un veinticinco por ciento.~~

**Artículo 15. Financiación de la cuenta de Salud Pública del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.**  
A esta subcuenta concurrirán los recursos de:

- a. ~~El impuesto social a las armas de fuego y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993.~~
- b. ~~Un aporte del Régimen Contributivo a las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente a 0.15% del Ingreso Base de Cotización.~~
- c. ~~Recursos del Presupuesto Nacional para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública.~~

**Artículo 16. El Impuesto Social a las Armas de Fuego y Municiones.**  
A partir de la vigencia de la presente ley el impuesto social a las armas de fuego creado mediante el Artículo 224 de la Ley 100 de 1993 será equivalente al 20% de un salario mínimo mensual mientras que el impuesto social a las municiones y explosivos que se cobrara como un impuesto ad valorem tendrá una tasa del 10%.

**Artículo 17. El Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA**  
El Fondo de Solidaridad y Garantía de que trata el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 tendrá las siguiente subcuenta:

**1. De Compensación Interna del Régimen Contributivo.**

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

~~Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados descontados los dos puntos para el Nuevo Régimen Subsidiado y el valor de las Unidades de Pago por Capitación, y el porcentaje para incapacidades por enfermedad general que le serán reconocidos por el Sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades en las cuales la anterior diferencia sea positiva trasladarán estos recursos a la sub-cuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que la diferencia sea negativa.~~

~~La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el respectivo reglamento.~~

~~Parágrafo 1. El Fondo de Solidaridad y Garantía no hará parte del presupuesto general de la nación pero si estará incluidos en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.~~

~~Parágrafo 2. El Fondo de Solidaridad y Garantía podrá integrarse al Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.~~

~~Artículo 18. Financiación de la Cuenta de Eventos de Alto Costo. El cubrimiento de los Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito de acuerdo a lo definido en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones, y de los eventos de alto costo definidas definidos de acuerdo a la normativa que para este efecto expida el Ministerio de la Protección Social, se financiará de la forma establecida en el artículo 223 de la Ley 100 de 1993 cuyos recursos se complementarán con los siguientes aportes:~~

- ~~a. Una prima de las Entidades Promotoras de Salud para la financiación de un mecanismo de reaseguro.~~
- ~~b. Un punto porcentual de los recaudos del Sistema de Riesgos Profesionales.~~

#### **CAPITULO IV ASEGURAMIENTO**

~~Artículo 14.~~ **Artículo 13. Creación del Nuevo Régimen Subsidiado.**

~~Para facilitar la universalización de la cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, e~~Créase~~ Creáse el Nuevo Régimen Subsidiado que tendrá como propósito alcanzar la cobertura universal de aseguramiento en salud, ~~financiar la atención en salud,~~ y organizar la prestación de los servicios contenidos en el plan de beneficios del~~

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

~~Nuevo Régimen Subsidiado de las personas pobres y vulnerables no cubiertas por el Régimen Contributivo y los regímenes exceptuados. Su operación será regional, y que~~

#### ~~Artículo 15-~~Artículo 14- **Beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado.**

Con formato: Numeración y viñetas

~~Serán beneficiarios~~ serán del Nuevo Régimen Subsidiado todas las personas más pobres y vulnerables del país en las áreas rural y urbana, no afiliados al Régimen Contributivo ni a los regímenes exceptuados, identificadas y seleccionadas mediante el instrumento que defina el CONPES como elegibles para recibir subsidios en salud. Los beneficiarios deberán estar identificados con cédula de ciudadanía o registro civil de nacimiento.— Para aquellas personas que por sus condiciones especiales no cuenten con documento de identidad se les podrá considerar como elegibles mediante el mecanismo que señale el reglamento.

Las entidades territoriales tienen la responsabilidad de actualizar permanentemente la base de datos de las personas identificadas mediante el instrumento que defina el CONPES como elegibles para recibir subsidios en salud para recibir subsidios parciales o totales o parciales en su territorio.

~~Solo se considerará efectivamente afiliada a aquella persona que haya escogido Entidad Promotora de Salud con su respectiva red de prestadores de servicios, haya sido incluida en la base de datos de afiliados contratados con la Entidad Promotora de Salud y haya sido carnetizado por ésta.~~

~~Los municipios y distritos tendrán la responsabilidad de identificar la población a su cargo a través de la utilización del instrumento que el Gobierno Nacional haya definido para este efecto.~~

~~La población pobre y vulnerable que no tenga una residencia permanente, accederá al Nuevo Régimen Subsidiado de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.~~

~~La elección hecha por el padre o la madre se entenderá aplicable a todo el núcleo familiar.~~

#### ~~Artículo 16-~~Artículo 15- **Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud.**

Con formato: Numeración y viñetas

Para la implantación del Nuevo Régimen Subsidiado, el Gobierno Nacional expedirá en el año 2005, una Tarjeta de Registro por cada persona pobre del país en las áreas rural y urbana, identificada y seleccionada mediante el instrumento que defina el CONPES como elegible para recibir subsidios en salud, el cual le otorga el derecho a su afiliación. ~~y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, no afiliada al~~

~~Régimen Contributivo e identificada, mediante el instrumento que defina el CONPES, como elegible para recibir~~

La Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud será expedida por una sola vez a nombre de la persona, ~~será intransindividual, no es transferible a terceros, ni endosable no es negociable~~ y tendrá la vigencia que señale el reglamento.

~~una vez se redime durante un proceso de selección y registro ante la Entidad Promotora de Salud y su red de prestadores de servicios.~~

Existirán dos tipos de Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud.— La primera, dirigida a individuos elegibles para recibir ~~del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud un subsidio total equivalente a la prima de aseguramiento, (a la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado, UPC-S,~~

~~); y eLa segunda, dirigida a aquellos individuos elegibles para recibir un subsidio parcial de acuerdo al nivel de pobreza en el que se encuentren clasificados según el instrumento de identificación definido por el CONPES. Este subsidio parcial podrá ser utilizado para completar la financiación del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado conforme lo señala el presente artículo, o para completar el valor de la cotización del Régimen Contributivo; —En ambos casos el beneficiario a ésta, en cuyo caso el potencial afiliado deberá cancelar un monto adicional en dinero, en las condiciones y plazos que se establezcan su carné de afiliación al Sistema al régimen escogido. —al que se refiere el artículo 14 de la presente Ley.— Dicho montoEl valor del bsubsidio parcial será establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.~~

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS solo dará inicio a los pagos de la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado a ~~las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado una vez recibida la Tarjeta de Registro del Subsidio en Salud. En el caso de subsidios parciales que se hayan utilizado para la afiliación al Rrégimen eContributivo el respectivo subsidio se comenzará a cancelar igualmente contra la mencionada Tarjeta.~~

**Parágrafo.** ~~Las asociaciones y agremiaciones podrán desarrollar programas para contribuir al financiamiento de los subsidios parciales en las condiciones que señale el reglamento.~~

~~El Bono de Subsidio de Salud tendrá una caducidad de un mes a partir de la fecha de entrega, tiempo dentro del cual se realizará el proceso de selección y registro de afiliación en una Jornada Única Nacional de Afiliación a la Seguridad Social en Salud.~~

~~El Gobierno Nacional establecerá y reglamentará la forma de entregar los bonos a los ciudadanos elegibles para recibir el subsidio en salud.~~

**Artículo 16-. Afiliación al Nuevo Régimen Subsidiado.**

Con formato: Numeración y viñetas

~~**Artículo 22-. De la Afiliación y desvinculación al Nuevo Régimen Subsidiado con posterioridad a la Jornada Unica Nacional de Afiliación a la Seguridad Social en Salud**~~

Con formato: Numeración y viñetas

La afiliación se realiza mediante el canje de la bTarjeta de Registro del Subsidio en Salud por el carné expedido por la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, mediante el cual se garantiza que el beneficiario escogió libremente la Entidad Promotora de Salud— y que podrá hacer uso de la red de prestadores de servicios que deberá ser conocida previamente por el beneficiario.

Se tendrán que incorporar a la base de datos de la entidad territorial, todos los recién nacidos vivos durante el respectivo mes, quienes quedarán automáticamente afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud registrados en la— Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado en la cual se encuentra afiliada su progenitora.

La Entidad Promotora de Salud promoverá los procesos de registro de los recién nacidos para facilitar su identificación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La población pobre— que no tenga una residencia permanente, accederá al Nuevo Régimen Subsidiado de acuerdo con la reglamentación que expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La selección hecha por el padre o la madre se aplica a todo el núcleo familiar, los miembros de un núcleo familiar deberán estar afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud.

El Gobierno Nacional podrá establecer que la identificación de los beneficiarios se realice haciendo uso de los mecanismos tecnológicos disponibles, con cargo a los costos de administración del sistema.

**Artículo 17-. Cancelación de la Afiliación al Nuevo Régimen Subsidiado.**

Con formato: Numeración y viñetas

~~**A partir de la fecha en la que se realice la Jornada Unica de Afiliación a la Seguridad Social en Salud, las entidades territoriales tienen la responsabilidad de actualizar mensualmente la base de datos de las personas elegibles de recibir subsidios parciales o totales en su territorio. Lo anterior requiere aplicar a aquellas personas, que por razones laborales sean desvinculadas del Régimen Contributivo, el instrumento que ha sido definido por el CONPES para establecer su elegibilidad al Nuevo Régimen Subsidiado.**~~

~~De igual manera tendrán que incorporar a su base de datos todos los recién nacidos vivos durante el respectivo mes, quienes quedarán automáticamente afiliados al Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud registrados en la EPS Entidades Promotoras de Salud en la cual se encuentra afiliada su progenitora.~~

La afiliación al Nuevo Régimen Subsidiado se mantendrá, siempre que se cumplan las condiciones para ser considerado como beneficiario en los términos del Artículo 14 de la presente Ley y, sólo habrá lugar a la cancelación de la misma, cuando el beneficiario fallezca.

Las Entidades Promotoras de Salud, los notarios y las entidades que por razón de su competencia tengan conocimiento de fallecimientos, deberán informar a ~~En cuanto a las personas fallecidas, el ente territorial~~ los Distritos, municipios y los nuevos departamentos responsables de la afiliación en sus corregimientos departamentales las defunciones registradas durante el último mes, en su respectiva jurisdicción. Las Entidades Territoriales excluirán de la base de datos a estas personas y entregarán esta información al Fondo Territorial Colombia para la Salud, Salud - FOCOS y a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado para que éstas procedan a cancelar su afiliación.

~~**Parágrafo 1:** La Institución Prestadora de Servicios de Salud tendrá la responsabilidad de hacer registrar todo recién nacido vivo y no podrá autorizar su salida de la institución antes de confirmar su afiliación al Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, so pena de responder al Sistema por el costo de la afiliación de dicho recién nacido durante su primer año de vida.~~

~~**Parágrafo 2:** El ente territorial remitirá sendas copias del certificado de defunción de la persona fallecida al Ministerio de la Protección Social y al Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, para los fines necesarios en el Sistema de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.~~

El cobro de la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado UPS ~~S~~ por personas fallecidas configura apropiación indebida de recursos públicos.

## **Administración Regional y S**

### ~~Artículo 17-~~ **Artículo 18- elección de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.**

La selección de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado se hará mediante la libre elección de los beneficiarios en cada municipio conforme a las siguientes reglas:

Con formato: Numeración y viñetas

- 18.1. El Gobierno Nacional definirá las condiciones de operación regional de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.
- 18.2. Cada tres (3) años el Ministerio de la Protección Social, mediante licitación pública adjudicada en audiencia pública, escogerá en cada una de las regiones previamente definidas, el número plural de Entidades Promotoras de Salud habilitadas a las que se podrán afiliar los beneficiarios del Sistema y con las cuales se contratará el aseguramiento del Nuevo Régimen Subsidiado si los beneficiarios las seleccionan.
- 18.3. La selección de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado se hará mediante el proceso de afiliación previsto en el artículo 16 de la presente Ley.

**Parágrafo.** La licitación pública prevista en el presente artículo incluirá como uno de los criterios de selección la conformación de la red de prestadores con las cuales las Entidades Promotoras de Salud contratarán los servicios contenidos en el Plan de Beneficios del Nuevo Régimen Subsidiado.

El Ministerio de la Protección Social definirá y reglamentará el proceso de calificación a utilizar en el concurso de competencias.

**Artículo 18-~~Artículo 19~~.Traslado de Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.**

Con formato: Numeración y viñetas

~~En los municipios con población mayor de 100 mil habitantes del país, podrán participar todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas por~~certificadas por el Ministerio de la Protección Social ~~el Ministerio de la Protección Social en la respectiva región. El ejercicio de la libre elección de Entidad Promotora de Salud, con su respectiva red de servicios, por parte de la población, se realizará a través mediante de un proceso de registro directo de los habitantes, en un evento convocado por la municipalidad o el distrito, de acuerdo con la reglamentación que para este efecto expedirá el Gobierno Nacional.~~

~~Los afiliados al Nuevo Régimen Subsidiado se podrán trasladar de Entidad Promotora de Salud, si así lo consideran pertinente, después de un un-(1) año contado período de tiempo desde su vinculaciónafiliación o último traslado a esta última, el cual será reglamentado por Ministerio de la Protección Social.~~

~~Cuando una Entidad Promotora de Salud deje de prestar el servicio en una región, los carnés vigentes expedidos por ella podrán ser usados para obtener un nuevo carné con una Entidad Promotora de Salud entre las escogidas para prestar el servicio de salud en la respectiva región.~~

~~En los municipios con población menor a 100,000 habitantes se seleccionará una sola Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, con su respectiva red de servicios, entre aquellas habilitadas para operar en la respectiva región. La selección se realizará mediante mecanismo de elección popular convocado por el municipio en el que participará la población objeto de los subsidios en salud. El gobierno nacional establecerá los mecanismos de elección popular y veeduría mixta para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado - EPSS.~~

~~Parágrafo 1. Las Entidades Promotoras de Salud de que trata el presente artículo, no podrán participar en el proceso de selección si no han entregado a la población, al menos con 15 días de anticipación a la fecha de convocatoria para efectuar el registro directo o la elección popular, la información suficiente y oportuna en materia de plan de beneficios y redes de servicios que ofrecen a sus potenciales afiliados.~~

**~~Artículo 19- Artículo 20-Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.~~**

Con formato: Numeración y viñetas

~~Cada Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado—EPSS, que haya sido escogida para prestar servicios en una región, si los beneficiarios la seleccionan, suscribirá un contrato colectivo de prestación de servicios con el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS con el objeto de prestar el plan de beneficiosPlan de Beneficios a los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado.~~

**~~Artículo 21- Flujo de los Recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.~~**

Con formato: Numeración y viñetas

~~El contrato con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado cobijará a todos aquellos afiliados que han elegido a esa Entidad Promotora de Salud, ya sea por elección popular o por el proceso de selección individual en la respectiva región territorial.~~

~~El Fondo Territorial Colombia para la Salud—FOCOS, con cargo a las subcuentas territoriales de la Cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado, girará directamente y en forma mensual a la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado.~~

**~~Artículo 26-Flujo de Recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.~~**

Con formato: Numeración y viñetas

~~El Fondo Territorial Colombia para la Salud—FOCOS girará a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado los recursos correspondientes al aseguramiento en los diez primeros días de cada \_mes.~~

~~La Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado girará a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud un anticipo del valor del contrato de prestación de servicios de salud en los quince días siguientes a su formalización, so pena de que el FOCOS giré directamente dicho anticipo y lo descuenta del siguiente giro a la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, con los respectivos intereses causados. En todo caso, el anticipo no podrá exceder lo correspondiente a un cuarto mensual del contrato.~~

~~**Flujo de los recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado tendrán un periodo máximo de tiempo treinta días para la revisión de la facturación y deberán pagar antes de treinta días los componentes de la factura en los que no exista objeción. No podrá pactarse en el contrato el no pago de una factura por causa de glosas parciales de la misma.**~~

~~**El Ministerio de la Protección Social reglamentará esta materia.**~~

**Del funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud en el Régimen Contributivo**

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, con cargo a las subcuentas individuales de las entidades territoriales de la Subcuenta del Nuevo Régimen Subsidiado, girará directamente y en forma mensual a la Entidad Promotora de Salud, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada de los beneficiarios que la hayan escogido.

Igualmente, el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS girará a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado el valor correspondiente a los subsidios parciales, conforme lo establezca el reglamento.

Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado tendrán un periodo máximo para revisar la facturación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y deberán pagar en los plazos que señale el reglamento.

Las entidades territoriales registrarán como giros sin situación de fondos los recursos que el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS gire a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado con cargo a las subcuentas individuales por los afiliados de su jurisdicción.

## CAPITULO II

### REGIMEN RÉGIMEN DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA

#### Artículo 22- Concepto de Salud Pública.:

La Salud Pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de las acciones dirigidas a la colectividad, las intervenciones dirigidas al individuo, y la vigilancia y control de los factores de riesgo que afectan la salud humana presentes en el ambiente, bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad.

Con formato: Numeración y viñetas

#### Artículo 23- Plan de Salud Pública Colectiva.

El Plan de Salud Pública Colectiva es ~~un~~ el conjunto— de intervenciones que complementan las acciones individuales de prevención y promoción incluidas en los planes de beneficios. Incluye intervenciones que se dirigen a la colectividad, intervenciones individuales que tienen externalidades e intervenciones necesarias para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales en salud pública y que no corresponden a prestaciones.

Con formato: Numeración y viñetas

El Plan de Salud Pública Colectiva reemplaza el Plan de Atención Básica de que trata el Artículo 165 de la Ley 100 de 1993 y su contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social de acuerdo a las prioridades en salud pública y de manera que complemente las acciones de los planes individuales y las intervenciones de otros sectores que afectan la salud tales como las desarrolladas por los programas de saneamiento ambiental, educación y comunicaciones.

El Ministerio de la Protección Social- se encargará de establecer las prioridades y políticas del Plan de Salud Pública Colectiva. El Instituto Nacional de Salud, dentro de sus funciones, brindará el apoyo técnico para definir las acciones por incluirse en dicho plan.

Para efectos de la financiación del Plan de Salud Pública Colectiva y de las acciones de vigilancia y control de los factores de riesgo que afectan la salud humana presentes en el ambiente, se dispondrá de los recursos destinados por el Artículo 52 de la Ley 715 de 2001 y de los aportes que a la vigencia de la presente Ley se destinan del Presupuesto Nacional a las acciones de salud pública.

#### Artículo 24- Acciones de Promoción y Prevención del Nuevo Régimen Subsidiado.

La totalidad de las acciones de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado serán responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud del

Con formato: Numeración y viñetas

El Nuevo Régimen Subsidiado y se ejecutarán con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado.

#### CAPITULO Del ingreso base de cotización de los trabajadores asalariados en el Régimen Contributivo

La cotización obligatoria que se aplica a los asalariados afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud según las normas del régimen contributivo será la misma que señala el artículo 204 de la Ley 100 de 1993.

Las Entidades Promotoras de Salud que operen en el Régimen Contributivo, tendrán la obligación de verificar que el ingreso base de cotización sea el mismo que el aportante tiene para sus demás contribuciones al Sistema de Protección Social.

A partir de la vigencia de esta Ley, en caso de no cumplir con esta obligación, la EPS Entidades Promotoras de Salud será responsable de emitir ante el FOSYGA por el pago retroactivo al FOSYGA de cinco veces el monto equivalente a la diferencia en las cotizaciones causadas y las cotizaciones basadas en el ingreso base de cotización más alto con el que el afiliado contribuye a cualquiera de sus responsabilidades ante el sistema de protección social desde el momento de la afiliación. El sistema descontará de manera automática dicha suma del proceso de compensación con dicha Entidades Promotoras de Salud inmediatamente posterior a la identificación de la discrepancia en cotizaciones. , correspondiente a la diferencia entre la base de cotización con la cual el afiliado atiende su responsabilidad ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud y aquella más alta con la cual responde ante las diversas entidades del Sistema de Protección Social. Lo anterior sin perjuicio de que la EPS repita al cotizante por esta obligación.

#### Del ingreso base de cotización de los trabajadores independientes en el Régimen Contributivo

A partir de la vigencia de la presente Ley los trabajadores independientes que ingresen al Régimen Contributivo y aquellos que ya se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en este régimen, deberán cotizar de manera obligatoria a la Entidad Promotora de Salud, el equivalente a una unidad de pago por capitación anual por persona afiliada, adicionada en un veinticinco por ciento.

El trabajador independiente podrá afiliarse mediante esta modalidad de pago al cónyuge o al compañero o la compañera permanente cuya unión sea superior a dos años; a los hijos menores de 18 años de edad de cualquiera de los cónyuges y que dependan económicamente de este; a los hijos mayores de 18 y menores de 25 años que se encuentren estudiando. Por cada uno de ellos, el trabajador independiente tendrá que cancelar el equivalente a una unidad de pago por capitación anual, adicionada en un veinticinco por ciento.

Los pagos se harán por mensualidades sin perjuicio de que la EPS y el trabajador cotizante pacten otra modalidad de pago.

En cualquier caso la EPS deberá girar mensualmente, a la cuenta del Nuevo Régimen Subsidiado del FOCOS y a la subcuenta de Compensación, por partes iguales, el veinticinco por ciento adicional de las unidades de pago por capitación de los trabajadores independientes y sus familiares afiliados al Régimen Contributivo.

**Artículo 27.- Régimen de Liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.** El Gobierno Nacional expedirá en seis meses a partir de la expedición de la presente Ley la reglamentación que defina los procedimientos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.

Con formato: Numeración y viñetas

**Parágrafo.** En todo caso, los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se excluirán de la masa de liquidación.

## CAPITULO V PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SERVICIOS DE SALUD

**Artículo 30.- Prestación de Servicios de Salud por medio de Redes.** La prestación de servicios de salud se organizará por medio de redes de prestación de servicios las cuales estarán constituidas por el conjunto de prestadores de servicios de salud públicos o privados habilitados, organizados, con distinta capacidad de resolución, ubicados en un espacio poblacional definido, interrelacionados funcionalmente, apoyados por normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos que aseguran la prestación oportuna, integral y de calidad del plan de beneficios para una población determinada. La conformación de las redes de servicios de salud deberá cumplir con:

Con formato: Numeración y viñetas

1. La garantía a los usuarios del acceso a los servicios incluidos en los planes de beneficios en condiciones de integralidad, calidad y oportunidad.
2. La adecuación de la capacidad instalada a los requerimientos de la demanda.

Con formato: Numeración y viñetas

Para el manejo de patologías complejas de alto costo, deberán crearse Redes de Prestación de Servicios de Salud, las cuales estarán encabezadas por instituciones de referencia de alta tecnología.

El gobierno nacional deberá reglamentar lo establecido en el presente artículo, en los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

**Artículo 31. Registro Público de Redes de Prestación de Servicios.**

~~El registro público de redes de prestación de servicios de salud estará conformado por todas las redes inscritas en el registro especial de instituciones o por todas la que se llegaren a inscribir, con los datos que establezca el sistema de habilitación de redes. El control, la administración, organización y actualización de éste registro público corresponderá al Ministerio de la Protección Social, para lo cual podrá contar con el apoyo técnico, instrumental y logístico de las entidades territoriales.~~

Con formato: Numeración y viñetas

**Artículo 32. Organización Institucional de los Prestadores Públicos de Servicios de Salud.**

~~La participación de la oferta pública en la organización de redes de prestación de servicios se hará única y exclusivamente mediante Empresas Sociales del Estado —ESE—, que constituyen una categoría de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las Asambleas y Concejos, según el caso, y sometidas al régimen jurídico previsto en esta ley.~~

Con formato: Numeración y viñetas

**Artículo 33. Régimen Jurídico de las Empresas Sociales del Estado**

~~Las empresas sociales del estado se someterán al siguiente régimen jurídico:~~

Con formato: Numeración y viñetas

- ~~1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión "Empresa Social del Estado".~~
- ~~2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.~~
- ~~3. La junta directiva estará integrada como mínimo por representantes de las entidades territoriales que conforman la ESE y de los usuarios. La integración de dichas juntas y su funcionamiento, será desarrollada por el Gobierno Nacional.~~
- ~~4. El Gerente o representante legal será designado según lo dispone el artículo 7mo de la presente Ley.~~
- ~~5. Los funcionarios de las IPS públicas son empleados públicos.~~
- ~~6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública.~~
- ~~7. Con el objeto de fortalecer la autonomía de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud e incentivar la eficiencia en la gestión de sus recursos, éstas adoptarán un régimen presupuestal dirigido a la promoción de los ingresos y el control del gasto.~~
- ~~8. Por tratarse de una empresa, que debe adaptarse a las condiciones de competencia regulada, contará con modalidades flexibles de vinculación de personal o de adquisición de servicios, por lo cual, podrá desarrollar su objeto~~

~~social mediante contratación con terceros, convenios con entidades públicas o privadas o a través de operadores externos.~~

~~9. Para efectos de tributos nacionales se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.~~

#### ~~Artículo 34. Condiciones de Viabilidad Técnica y Financiera de las Empresas Sociales del Estado~~

~~Los gastos de funcionamiento de los hospitales públicos deben financiarse con las ventas de servicios, de tal manera que estas sean suficientes para atender sus obligaciones corrientes, provisionar el pasivo prestacional y pensional y financiar la inversión autónoma de los mismos.~~

~~Las empresas sociales del estado donde la operación resulte en desequilibrio financiero y/o inviabilidad técnica, deberán liquidarse o deberán acogerse a un plan de ajuste y saneamiento fiscal y de mejoramiento de la gestión. Las empresas cuya operación no resulte sostenible luego de la aplicación del plan, deberán liquidarse o fusionarse.~~

~~El Gobierno Nacional dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, establecerá las condiciones de viabilidad técnica y sostenibilidad financiera de los prestadores públicos de servicios de salud.~~

#### ~~Artículo 35. Condiciones para la Creación de las Empresas Sociales del Estado.~~

~~Las ESE's podrán ser del orden nacional, departamental, distrital o municipal. Podrán constituirse empresas sociales del estado conjuntas entre los distintos entes territoriales, lo que incluye ESE's regionales. En ningún caso se podrán constituir nuevas empresas sociales del estado, si no se garantizan las condiciones de viabilidad técnica y sostenibilidad financiera, según la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, en los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.~~

#### ~~Artículo 36. Prestadores Públicos de Servicios de Salud, no organizados como Empresas Sociales del Estado.~~

~~Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que no se hayan constituido en Empresa Social del Estado, tendrán que transformarse dentro de los dos años siguientes a la expedición de la presente ley. Para ello se integrarán a la red de servicios de su región, respetando la autonomía de los entes territoriales y garantizando los criterios de sostenibilidad, eficiencia y calidad.~~

~~En todo caso, las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que en el término establecido incumplan con lo previsto en este artículo, no podrán~~

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

~~continuar prestando servicios de salud y como tal se configurará causal de liquidación de la entidad.~~

~~Cuando no sea posible que una unidad pública prestadora de servicios se transforme en ESE, por no reunir las condiciones de viabilidad técnica y sostenibilidad financiera, esta podrán integrarse a una ESE ya existente o integrarse con otras unidades prestadoras de diversos entes territoriales para conformar una ESE sostenible. En todo caso, el asegurador o responsable de la prestación de servicios de salud a la población, deberá garantizar la atención a los usuarios en la respectiva región.~~

~~Artículo 37.-De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.~~

~~Los Gerentes de las ESE territoriales serán de periodo fijo, nombrados en la forma que defina el Ministerio de la Protección Social y tendrán como fechas de inicio y terminación el mismo periodo que el Alcalde o Gobernador que lo nomine.~~

~~Al momento de tomar posesión del cargo, los gerentes deberán presentar y sustentar ante la junta directiva y suscribir con el nominador, un acuerdo de metas de gestión. Los gerentes podrán ser removidos en cualquier momento por incumplimiento de los mencionados acuerdos, por sanción disciplinaria o por decisión unánime de la totalidad de miembros de la junta directiva. El gobierno nacional deberá reglamentar lo establecido en el presente artículo, en los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.~~

~~Artículo 36.-Del Régimen Laboral, Prestacional y Salarial Aplicable a las IPS's Públicas.~~

~~Las escalas salariales de los funcionarios del sector salud no podrán ser superiores a las escalas vigentes para los demás funcionarios públicos de categorías equivalentes en las entidades territoriales a las cuales pertenecen las IPS públicas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el reglamento que establezca los niveles máximos de las escalas salariales en atención a la categorización de las entidades territoriales.~~

~~Los cargos de Gerente de las IPS públicas de los niveles territoriales no podrán superar en ningún caso el 90% de la escala salarial de los Alcaldes o Gobernadores y los demás cargos tendrán como límite salarial el de los cargos equivalentes existentes en la entidad territorial. Los funcionarios de las ESE's no tendrán gastos de representación.~~

~~Las horas extras y los festivos asignados a cada funcionario de planta no podrán exceder en un 20% su asignación salarial básica. El gobierno nacional reglamentará esta materia en los seis meses siguientes a la aprobación de la presente ley.~~

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

~~El régimen salarial de los funcionarios públicos del sector salud será única y exclusivamente el que determine el gobierno nacional. Quedan derogadas todas normas sobre la materia expedidas por los concejos, asambleas o juntas directivas de las IPS's públicas.~~

~~Parágrafo 1. Lo indicado en éste artículo aplica también a Direcciones territoriales de salud.~~

~~Parágrafo 2. La clasificación de los departamentos y municipios en categorías, corresponde a la establecida por la ley 617 de 2001 en sus artículos 1ro y 2do.~~

~~Artículo 39. Nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.~~

~~Con el fin de regular la oferta de servicios de salud, el Gobierno Nacional establecerá las condiciones y procedimientos para la creación de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios o servicios de salud, que de acuerdo con los criterios del Gobierno Nacional requieran de autorización por parte de las direcciones territoriales de salud.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~Artículo 40. Habilitación de las Nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.~~

~~Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 42, Inciso 10 de la Ley 715 de 2001 y en el Decreto 2309 del 2002, la creación y habilitación de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas deberá ser aprobada, únicamente, por el Ministerio de la Protección Social, o por delegación expresa, los Departamentos, previa presentación de evidencia de la necesidad de los servicios propuestos en las redes de prestación de servicios de salud en la potencial área de influencia de la nueva Institución Prestadora de Servicio de Salud.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~Artículo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas sólo podrán hacer parte de Redes de Prestación de Servicios de Salud si han entrado en un proceso de ajuste y reestructuración que garantice su sostenibilidad financiera dentro del marco de lo estipulado en el Artículo 43 de la Ley 812 de 2003.~~

~~Artículo 39. Plan Único de Cuentas Hospitalarias.~~

~~Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán adoptar el Plan Único de Cuentas Hospitalarias que establecerá el Gobierno Nacional, en los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~Artículo 40.- Régimen Presupuestal de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.~~

~~Con el objeto de fortalecer la autonomía de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud e incentivar la eficiencia en la gestión de sus recursos, éstas adoptarán un régimen presupuestal dirigido a la promoción de los ingresos y el control del gasto.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~Artículo 41.- Plan de Ajuste y Saneamiento Fiscal.~~

~~Los prestadores públicos que actualmente no cumplen con el requisito de la autofinanciación o que generan pérdidas por cualquier motivo, deberán formular, presentar y sustentar un plan de salvamento ante el Ministerio de la Protección Social y tendrán tres años de plazo para ajustar sus ingresos y gastos que permitan su viabilidad técnica y financiera, el cual considerará en forma diferencial el grado de complejidad de los servicios de los IPS públicos y la categorías de las entidades territoriales a las cuales pertenecen. De acuerdo como mínimo a las siguientes reglas:~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~1. En caso que las escalas salariales actuales de las IPS públicas sometidas al plan de ajuste y saneamiento fiscal, sean superiores a las de las entidades territoriales, los Concejos Municipales y Distritales y las Asambleas departamentales, expedirán nuevas escalas salariales en un plazo no mayor a un año a partir de la vigencia de esta ley, sin perjuicio del respeto a los derechos adquiridos por los actuales servidores públicos vinculados con anterioridad a esta ley.~~

~~2. Las entidades territoriales adoptarán de ser necesario un plan de retiro programado de los empleados actuales y de nombramiento de nuevos empleados, con el nuevo régimen salarial, de tal manera que permita reducir en cada uno de los cuatro años el 33% del desfase con las escalas salariales territoriales. La liquidación y sustitución de empleados deberá iniciarse con aquellos que están bajo el régimen de la retroactividad de las cesantías y no se han acogido a la ley 50 de 1991.~~

~~3. Las IPS públicas admitidas en este plan, deberán someterse a un plan de saneamiento contable.~~

~~4. Las IPS públicas admitidas en este plan, deberán realizar los ajustes en las plantas de personal correspondientes a la supresión de cargos que no corresponden a su objeto como los de saneamiento ambiental, al igual que los cargos que se identifiquen como innecesarios o que se encuentren vacantes o cuyas funciones puedan ser prestadas mediante integración de cargos u otras formas de reorganización.~~

~~5. En todos los hospitales la planta de personal se entenderá que opera como planta global y por lo tanto cualquier funcionario podrá ser reasignado total o parcialmente a otras funciones, propias o no de su profesión o especialidad, en forma acorde a las necesidades del servicio, cuando el ejercicio de tales funciones no implique riesgo ético o profesional. En tales casos la reasignación de funciones no implicará modificaciones en su escala salarial.~~

~~6. El Ministerio de la Protección Social podrá asignar recursos de crédito condonables para pagar los costos de liquidación del personal y el saneamiento de pasivos laborales, dentro de un programa de mejoramiento, fortalecimiento y ajuste.~~

~~Parágrafo 1. Otorgase facultades especiales al Gobierno Nacional por el término de seis meses para establecer el plan de ajuste fiscal de que trata la presente ley.~~

~~Artículo 42. Pensionados a cargo de los Prestadores Públicos~~

~~Los pensionados que dependen de la nomina de los hospitales públicos pasaran a depender del FONPET. El gobierno nacional deberá reglamentar lo establecido en el presente artículo, en los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.~~

Con formato: Numeración y viñetas

#### CAPITULO TITULO IV

### ORGANIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

~~Artículo 25-. Artículo 25.- Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.~~

Con formato: Numeración y viñetas

~~Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, incluidas las Empresas Sociales del Estado, son entidades del orden territorial, con las excepciones que señale la Ley.~~

~~Estas entidades deberán cumplir con las siguientes características:~~

~~25.1. El objeto de la entidad debe ser la prestación de servicios de salud.~~

~~25.2. La Junta Directiva se integrará con la participación de representantes de las entidades territoriales, los profesionales de la salud y los usuarios, en la forma que señale el reglamento.~~

~~25.3. Los Gerentes serán nombrados por periodos que coincidan con los de la elección popular del jefe de la administración de la entidad territorial, pero podrán ser removidos por la Junta Directiva en cualquier tiempo, en la forma que señale el reglamento.~~

~~25.4. Los servidores de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales de conformidad con lo señalado en el artículo 26 de la Ley 10 de 1990.~~

25.5. En materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán discrecionalmente utilizar las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública.

**Con formato:** Numeración y viñetas

25.6. Podrán desarrollar su objeto social mediante contratación con terceros, convenios con entidades públicas o privadas, o a través de operadores externos.

**Con formato:** Numeración y viñetas

25.7. Para efectos de tributos nacionales se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

**Con formato:** Numeración y viñetas

**Artículo 26- Condiciones Para la Creación de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.**

Con formato: Numeración y viñetas

Las nuevas Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud para entrar en funcionamiento deberán contar con el concepto técnico de viabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Para aprobar su creación, el respectivo ente territorial deberá acreditar que cuenta con recursos propios de libre disposición suficientes para garantizar las inversiones que se requieran, de acuerdo con los estudios de factibilidad aprobados por el Ministerio de la Protección Social y acreditar el cumplimiento de los parámetros financieros establecidos para las entidades territoriales en las Leyes 617 de 2000 y 819 de 2003. Se deberá igualmente acreditar por parte del ente territorial la disponibilidad de ingresos de libre destinación para garantizar la operación de la Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud.

Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud podrán ser del orden departamental, distrital o municipal y podrán constituirse en Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud con la participación de dos o más entidades territoriales.

La creación de una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud incumpliendo las disposiciones señaladas en el presente artículo implicará que la respectiva entidad territorial incumple los límites establecidos por la Ley 617 de 2000 y por esta causa la entidad territorial quedará sometida a las restricciones allí señaladas. Lo anterior sin perjuicio de las sanciones disciplinarias y, fiscales para los servidores públicos que la incumplan. La violación de esta disposición configura el delito que tipifica la violación de la Ley por parte de servidores públicos.

**Artículo 27- Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.**

Con formato: Numeración y viñetas

Se entiende que una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud es sostenible financieramente cuando sus ingresos operacionales cubren la totalidad de sus gastos distintos a la inversión con los ingresos gener.

27.1 Para efectos de la presente Ley, son ingresos operacionales de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud los ingresos por venta de servicios.

27.2. Para efectos de la presente Ley, los gastos de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud están constituidos por los gastos operacionales, los gastos administrativos, insumos y medicamentos, y demás gastos asociados a la prestación de servicios.

**Artículo 28-. ~~Artículo 32-.~~ Programa de ajuste para las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud financiera.**

Con formato: Numeración y viñetas

La Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud que no sea sostenible en los términos del artículo anterior durante dos (2) vigencias fiscales consecutivas, adoptará para la vigencia siguiente un programa de ajuste que garantice su sostenibilidad en dicha vigencia.

Sin perjuicio de las competencias de la Nación, la respectiva entidad territorial será la responsable del seguimiento y evaluación del programa de ajuste de la Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud.

**Artículo 29-. ~~Artículo 33-.~~ Efecto de la No Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.**

Con formato: Numeración y viñetas

Cuando al final del programa de ajuste una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud no sea sostenible, se presume de pleno derecho que no es viable y debe liquidarse.

**Artículo 30-. ~~Artículo 35-.~~ Restricción al Apoyo Financiero a las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.**

Con formato: Numeración y viñetas

La Nación y las entidades territoriales no podrán otorgar apoyos financieros directos o indirectos, o celebrar contratos con Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que no cumplan con las disposiciones de la presente Ley. En consecuencia, a ellas no se les podrán prestar recursos de la Nación o de las entidades territoriales, cofinanciar proyectos, o transferir cualquier clase de recursos. Tampoco podrán acceder a nuevos recursos de crédito y las garantías que se otorguen no tendrán efecto jurídico, excepto para lo previsto en casos de liquidación.

**CAPITULO VI**

## SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud.

~~Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto de agentes, normas y procesos, articulados entre sí, para permitir el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud. El órgano director de este sistema será la Superintendencia Nacional de Salud la cual será un organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.~~

~~**Parágrafo.** Sus funciones serán las que define el artículo 233 de la Ley 100 de 1993.~~

### Reglamentación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de la Seguridad Social en Salud.

~~El Gobierno Nacional en un período no superior a tres (3) meses reglamentará el sistema de inspección, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud, tanto en lo colectivo como en lo individual.~~

### Direcciones tTerritoriales de inspección, vVigilancia y eControl del Sistema General de la Seguridad Social en Salud.

~~La Superintendencia Nacional de Salud descentralizará sus funciones de inspección, vigilancia y control; para tal efecto creará las direcciones respectivas en cada departamento o distrito, las cuales se financiarán con el 60% de los recursos establecidos en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998.~~

~~Las direcciones territoriales de inspección, vigilancia y control actuarán como primera instancia en los procesos administrativos desarrollados a las entidades vigiladas, quienes podrán acudir en segunda instancia ante el nivel central de la Superintendencia Nacional de Salud.~~

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

## **CAPITULO IVIIIX**

### **DISPOSICIONES FINALES**

Artículo 31- Pensiones de Jjubilación de las Empresas Sociales del Estado eEscindidas del Instituto de Seguros Sociales.

Con formato: Numeración y viñetas

Las pensiones de jubilación causadas entre el 26 de junio de 2003 y el 31 de octubre del 2004 en las Empresas Sociales del Estado escindidas del Instituto de Seguros Sociales serán reconocidas, liquidadas y pagadas por El Instituto de los Seguros Sociales y la respectiva Empresa Social del Estado concurrirá con la cuota parte correspondiente.

**Artículo 20-~~Artículo 32-~~Derogaciones.**

Deróganse~~Derogase:~~ el artículo~~Artículo~~~~Artículo~~~~artículo~~~~Artículo~~ -195 de la ley~~Ley~~ 100 de 1993, ~~el artículo 46 de la ley y numeral eses 44.2.1. y 2.3. del Artículo 44,- el inciso segundo del Artículo~~~~Artículo~~ 46 de la ley~~Ley~~ 715 el artículo 46 de la ley de 2001;~~de 2001. Los decretos D.1894/94, D. 439/95, D. 256/96, D. 194/97, D. 980/98. Parágrafo del artículo 26 de la ley 10 de 1990 y el artículo 30 y las demás disposiciones que le sean contrarias.~~ (NOTA queda derogado el artículo 28 Decreto 1876 de 1994).

**Artículo 21-~~Artículo 33-~~Vigencia.**

La presente Ley rige a partir de su sanción y publicación en el diario oficial

WB50501

C:\COLOMBIA\DECREES\PROYECTO REFORMA DIEGO\Proyecto de Ley SSSGS  
VERSION Presidencia 14-07.doc  
July 14, 2004 8:24 PM

Con formato: Numeración y viñetas

Con formato: Numeración y viñetas

## **EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

### **PROYECTO DE LEY**

“Por el cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los Artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política”.

### **Principios Orientadores**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, regulado por la Ley 100 de 1993, con fundamento en los derechos y deberes de los ciudadanos consagrados en la Constitución Política.

El Artículo 48 de la Carta establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, de tal manera que el Estado, con la participación de los particulares, amplíe progresivamente la cobertura de la Seguridad Social.

La Constitución también señala en el Artículo 49, que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, como servicio público a cargo del Estado, el cual lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados. Los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Conforme al preámbulo de la Ley 100 de 1993, la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El Artículo 162 de la Ley 100 de 1993 establece que “El Sistema General de Seguridad Social en Salud creará las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001”.

De igual manera, al reconocer a Colombia como un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria y descentralizada, la Carta faculta la autonomía de sus entidades territoriales, pero al mismo tiempo en su Artículo 356 determina que la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación, de los Departamentos, Distritos, y Municipios y crea el Sistema General de Participaciones para efecto de atender los servicios a cargo de éstos últimos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación. Adicionalmente, autoriza al Gobierno para reglamentar los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos, y Municipios, de acuerdo con las competencias que le asigne a cada una de estas entidades.

En lo relativo a la prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el Artículo 185 de la Ley 100 de 1993 definió que éstas deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

### **Exposición de Motivos**

## Cobertura del Aseguramiento

Desde 1993 con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, ha habido un considerable avance en los índices de cobertura de aseguramiento; cálculos del Ministerio de la Protección Social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2003<sup>1</sup>, indican que aproximadamente el 62% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, de la cual 39% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 23% al Régimen Subsidiado. Sin embargo, es preocupante que alrededor del 38% de la población, aproximadamente 16 millones de personas, no se encuentra asegurada en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que casi la mitad de los no asegurados son personas de los niveles más pobres.

Las consecuencias sociales de la falta de cobertura de aseguramiento han sido evaluadas en forma exhaustiva. Se ha encontrado que los problemas asociados a la falta de un seguro de salud no se limitan a los costos económicos ocasionados por un pobre estado de salud y sus consecuencias sobre el estado funcional y desarrollo de niños y adultos, sino que incluyen el impacto sobre la estabilidad económica y el bienestar psicosocial de las familias, además de las externalidades negativas sobre las instituciones, la economía local y la salud de la población que se generan en comunidades donde hay un gran número de individuos no asegurados<sup>2</sup>. Esta evidencia soporta el planteamiento de que los principales esfuerzos del Gobierno Nacional se deben continuar dirigiendo a reducir el número de colombianos sin seguro de salud y lograr la cobertura universal, con particular énfasis en la población más pobre y vulnerable.

Además del riesgo financiero y de las barreras al acceso a los servicios de salud que implica la falta de un seguro para la población, no haber logrado la cobertura universal también genera grandes ineficiencias en el funcionamiento del SGSSS. Primero, existe un sistema dual de subsidios a la oferta y a la demanda donde las responsabilidades de atención de la población son confusas y encontradas, que dificulta la planeación, gestión y vigilancia de los recursos lo cual implica una operación más costosa, y que genera inequidades en el acceso a los servicios de salud. Segundo, conlleva a que el esquema de aseguramiento existente opere en condiciones subóptimas, ya que con el aseguramiento universal se podría obtener una mejor dispersión del riesgo en salud y del riesgo financiero, se reduciría el problema de selección adversa, y sería más claro que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población.

---

<sup>1</sup> Para estimar la población afiliada al SGSSS y la población objeto de subsidios en salud se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2003 (ENCV 2003).

<sup>2</sup> Consequences of Uninsurance. 2003. *Hidden Costs, Values Lost Uninsurance in America*. Washington D.C. The National Academies Press  
Committee on the Consequences of Uninsurance. 2002. *Health Insurance Is a Family Matter*. Washington D.C. The National Academies Press , que incluyen revisiones de estudios observacionales y cuasi-experimentales de la relación aseguramiento-salud en los E.U: <sup>3</sup> Estas afirmaciones se documentan en las siguientes fuentes:

En los últimos 2 años se ha ampliado la cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado en aproximadamente 1.3 millones de personas, y se espera poder haber afiliado casi 3.5 millones de las personas más pobres para el 2006. Estos avances se han obtenido gracias al incremento de los recursos disponibles para subsidios a la demanda resultantes de transformación de subsidios de oferta, de una mejor gestión de las fuentes de financiamiento existentes, (por ejemplo: un mayor recaudo de los dineros provenientes de juegos y azar) y de esfuerzos por depurar las bases de datos de afiliación lo cual ha permitido identificar un gran número de cupos disponibles.

Sin embargo, con esta tendencia de crecimiento en la afiliación la meta de cobertura universal en el Régimen Subsidiado podría tardar casi 10 años. Por las razones expuestas anteriormente se considera que el costo social y económico de continuar con la actual tendencia es grande, y se requiere la implementación de cambios legales a la organización y financiamiento del Régimen Subsidiado para cumplir con el mandato constitucional de universalidad.

#### Financiamiento y Gestión de los Recursos en el Régimen Subsidiado

La actual estructura de financiación de los subsidios a la demanda contempla diversas fuentes de ingreso, tales como el punto de cotización del Régimen Contributivo, los aportes del presupuesto nacional, los aportes de las Cajas de Compensación Familiar, los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda, y otros recursos tales como los rendimientos financieros, excedentes de contratación, multas y reintegros. Por otro lado están los recursos para la financiación de la oferta pública, que incluyen dineros del Sistema General de Participaciones para oferta y recursos de rentas cedidas destinados a la salud.

Esta estructura de financiamiento con múltiples fuentes dispersas lleva a que los procesos de contratación y pago de servicios del Régimen Subsidiado requieran de un gran número de trámites, lo cual promueve retrasos en el flujo de los recursos, dificulta la vigilancia y el control del uso de los recursos y crea espacios para la corrupción. Adicionalmente, la separación de los recursos en componentes para financiar la oferta y la demanda, dificulta su gestión e incrementa los costos administrativos que debe asumir el país. Por lo tanto, una importante proporción de los dineros para el Régimen Subsidiado se desvía hacia usos diferentes de atención de las personas, lo cual va en detrimento de la oportunidad y calidad de los servicios de salud prestados a la población.

#### Selección y Contratación de Entidades Aseguradoras en el Régimen Subsidiado

En las condiciones actuales de operación del Sistema existe un gran número de Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS, dispersas en el territorio nacional, que manejan pequeños grupos de riesgo en salud y de riesgo financiero. Esta forma de organización no permite el aprovechamiento de economías de escala en la operación e incrementa los costos administrativos de estas entidades. De igual manera, la capacidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado - ARS para

constituirse en compradores inteligentes para sus afiliados debe lograr que se vinculen a la red de prestadores aquellos de mayor calidad y con mejores resultados para beneficio esencial de su población asegurada.

Adicional a ello, las entidades aseguradoras no enfrentan presión por parte de los usuarios para mejorar la calidad de los servicios pues no se cumple a plenitud el Artículo 153 de la Ley 100 que asegura a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Las restricciones para que el usuario ejerza plenamente este derecho son de diversa índole, pero quizá una de las más importantes ha sido el desconocimiento por parte de la población de sus derechos y deberes en el SGSSS, situación que favorece que las entidades territoriales adelanten la contratación de entidades aseguradoras sin tener en cuenta las preferencias de los usuarios<sup>3</sup>.

Lo expuesto en los dos párrafos anteriores lleva a plantear que hay que introducir cambios en la organización y contratación de las entidades aseguradoras que operan en el Régimen Subsidiado y a implementar mecanismos para que el ejercicio de la libre elección por parte del usuario se constituya en un fuerte incentivo para que las entidades aseguradoras compitan ofreciendo mejores servicios que resulten en un impacto positivo sobre la salud de los usuarios.

#### Salud Pública

El Plan de Atención Básica, PAB creado por la Ley 100 de 1993 define acciones orientadas a la colectividad que complementan las acciones de promoción y prevención definidas en los planes de beneficios. Sin embargo, los aspectos reglamentarios y operativos que se han hecho de la Ley 100 en esta materia y de los conceptos relacionados con la salud pública, han dado lugar a una confusión relacionada con cuales son las intervenciones incluidas dentro del PAB y con cuales son las actividades y servicios dirigidos a los individuos que deben ser atendidos por las entidades aseguradoras ya que éstas actividades en algunos casos son componentes de los planes de beneficios. La confusión señalada ha conducido a la dispersión de las actividades del PAB entre los diversos actores y niveles territoriales y a la atomización de las responsabilidades, de tal manera que el impacto de las acciones se disuelve, la atención a las personas y a las colectividades no es oportuna y suficiente, y además se pierde la transparencia en el manejo de los recursos.

---

<sup>3</sup> Estas afirmaciones se documentan en las siguientes fuentes:

Baquero, H., G. Carrasquilla, G. Guerrero, et al. 1999. *Conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá.

de Brigard, A. 1999. La libre escogencia en el SGSS. *Revista Hospitalaria* (July-August): 16-20

Giraldo, J. 2000. *Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios*. Santafé de Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Ministerio de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, and Qualimed. 2000. *Informe Encuesta Nacional de Percepción de Usuarios*. República de Colombia: Ministerio de Salud.

En este orden de ideas, uno de los cambios más problemático para la atención en Salud Pública ha sido el establecido por el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, mediante el cual quedaron a cargo de las entidades territoriales las actividades de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S. Para evaluar la gestión y cumplimiento de las actividades de promoción y prevención del POS-S a partir de la implementación de esta medida, el Ministerio de la Protección social adelantó un análisis a partir de una encuesta diseñada para este fin, por el periodo comprendido entre 1º de agosto de 2002 y marzo 31 de 2003 y el periodo correspondiente al 1º de abril y 31 de diciembre de 2003.

Los resultados obtenidos demuestran con claridad la problemática de la ejecución de los recursos del 4.01% del valor de la UPC-S y el incumplimiento de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales en el país. Es decir, se encontraron indicadores negativos de la eficiencia de la gestión tanto del nivel municipal como de los procesos de evaluación y control de gestión que los departamentos deben adelantar.

También se deduce del estudio que el cumplimiento de las acciones de promoción de la salud es insatisfactorio en casi todos los municipios, al encontrar que cerca del 50% de los municipios no reportaron información sobre las actividades de vacunación ejecutadas, o esta era inconsistente o incompleta. En la mayoría de municipios que respondieron la encuesta, el cumplimiento de indicadores que son la clave para la evaluación de las acciones de promoción y prevención fue calificado como muy deficiente o deficiente para la aplicación de por ejemplo el toxoide tetánico a mujeres en edad fértil y para las normas de planificación familiar y detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Buscando establecer condiciones para una ejecución armónica y sinérgica de las acciones colectivas e individuales en salud pública, en este proyecto se considera conveniente replantear el PAB y derogar el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001 de tal manera que se le devuelva la responsabilidad de la ejecución de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades aseguradoras del Régimen Subsidiado, lo cual permite tener un responsable único de estas actividades permitiendo un desarrollo de este componente de la salud en forma integral y articulada.

#### Prestación de Servicios de Salud

A pesar de que la Ley 100 de 1993 ordenó la reestructuración de las entidades descentralizadas de prestación de servicios de salud y su transformación en empresas sociales de salud con el fin de adecuarlas al Sistema General de Seguridad en Salud, el proceso de descentralización definido por la Constitución Política y desarrollado mediante la Ley 60 de 1993, propició la creación no controlada de oferta de servicios, especialmente en los municipios más pequeños, pasando de aproximadamente 950 Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud en el 2001 a 1,200 en el 2004<sup>4</sup>. Esto, unido al incremento del

<sup>4</sup> Fuente: Registro Especial de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social.

recurso humano y al nombramiento de los directores de las ESE por el jefe de la respectiva entidad territorial ha producido, por una parte, duplicidades innecesarias con obvias consecuencias en la sostenibilidad financiera de las instituciones y por la otra, dificultades cuando se trata de instituciones prestadoras públicas de servicios de salud regionales, donde confluyen los intereses de más de una entidad territorial.

Las crisis del funcionamiento hospitalario aparecen cuando la entidad ha acumulado de manera progresiva un pasivo que es incapaz de financiar con su ingreso corriente, bien sea por tener unos costos fijos y elevados permanentes o por tener un insuficiente flujo de caja y/o de venta de servicios, o por ambos fenómenos de manera simultánea. Esto último es lo más frecuente y como resultado se produce un desequilibrio en su balanza de efectivo, que en muchos casos ha conducido, en los años recientes, al cierre total de servicios por periodos prolongados en algunas entidades hospitalarias públicas, lo que obliga a los usuarios a buscar otros prestadores a mayor costo o a no acceder a los servicios de salud.

Las situaciones de crisis se hacen recurrentes en la medida en que se aplican medidas de rescate de los hospitales públicos, con dineros entregados directamente a las instituciones, acción que alivia las coyunturas financieras de cada periodo fiscal, pero que es considerada por muchos como “la peor señal estatal hacia la búsqueda de soluciones estructurales, y a la larga un incentivo a la ineficiencia”.

Diversos estudios señalan que la planeación, la organización y el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud ha perdido el concepto de área de influencia espacio-poblacional; tampoco tiene en cuenta la accesibilidad de la población a los mismos, ni los factores geográficos, culturales, económicos, poblacionales y epidemiológicos que la condicionan; se ignora el objeto social en términos de satisfacer las necesidades de salud de la población, lo que se ha traducido en graves problemas de equidad en el ingreso a la prestación de los planes de beneficios y hace necesario la conformación de redes de prestación de servicios que garanticen a los usuario el derecho que les asiste.

En este sentido, la Ley 715 de 2001 determinó que el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

### **Propósito del Proyecto**

La presente Ley tiene por objeto lograr que todos los ciudadanos colombianos estén asegurados al SGSSS y tengan acceso a los servicios de salud expresamente definidos en los Planes de Beneficios, garantizar el uso adecuado y eficiente de los recursos del Régimen Subsidiado, y fortalecer la ejecución armónica de las políticas, planes y proyectos de Salud Pública.

Para ello se propone ampliar la cobertura de aseguramiento para la población pobre mediante una redistribución de las actuales fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado, la destinación de parte de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones para Salud y la introducción de diferentes modalidades de subsidios a la demanda, reorganizar la estructura de financiamiento y contratación del Régimen Subsidiado, establecer principios y criterios de sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, crear un plan de salud pública colectiva y devolverle la competencia de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades responsables del aseguramiento.

### **Ampliación de Cobertura y la Búsqueda de la Universalización**

Como ya se mencionó, es prioritario dirigir los esfuerzos de ampliación de cobertura por medio de subsidios a la demanda para la población pobre, que en la actualidad viene siendo identificada por medio del instrumento SISBEN. Se propone financiar la totalidad de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para las personas que hacen parte de las categorías 1 y 2 del SISBEN, y financiar una parte de dicha UPC-S para las personas en la categoría 3 del SISBEN exigiendo un aporte que cubra la diferencia con la UPC-S o la diferencia con el valor de la cotización mínima aplicable en el Régimen Contributivo para los trabajadores independientes.

Como se observa en la Tabla 1, se estima que aproximadamente 26 millones de personas pertenecen a las categorías SISBEN 1, 2 y 3. De éstas, 12,2 millones se encuentran en los niveles SISBEN 1 y 2, y 13,8 millones en el nivel SISBEN 3. Tomando en cuenta que según la encuesta aproximadamente 3,5 millones de personas de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN están afiliadas al Régimen Contributivo, y que es importante mantener la afiliación de estas personas a dicho régimen, la población total elegible para subsidios ya sean totales o parciales podría ser de 22,6 millones de personas.

**Tabla 1. Estimaciones de población elegible para subsidios**

<b>Población por Categorías SISBEN</b>	<b>Número Estimado de Personas</b>
A Población SISBEN 1 y 2	12.392.464
B Población SISBEN 3	13.805.132
<b>C Total población SISBEN 1-3 (A+B)</b>	<b>26.197.596</b>
D Población SISBEN 1, 2 y 3 afiliada al Régimen Contributivo	3.576.260
<b>Población elegible subsidios (C-D)</b>	<b>22.621.336</b>

Fuente: Estimaciones Ministerio de la Protección Social con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2003.

Como se observa en la Tabla 2, los cálculos de los recursos para subsidios a la demanda para el año 2004 indican que estos son aproximadamente \$2,75 billones de pesos, y los recursos para oferta en el año 2004 está alrededor de \$1,84 billones de pesos.

**Tabla 2. Fuentes de ingreso para la financiación del Régimen Subsidiado**

<b>Fuentes</b>	<b>Recursos Proyectados a 2004</b>
Punto de Solidaridad *	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional*	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar *	69.007.764.259
Rendimientos*	111.411.979.646
OTROS (excedentes, multas, reintegros)*	73.756.051.136
SGP Demanda**	1.622.704.581.818
<b>Subtotal demanda</b>	<b>2.755.101.371.839</b>
<b>RECURSOS OFERTA</b>	
SGP Oferta**	1.343.454.872.727
Rentas cedidas	496.019.614.308
<b>Subtotal oferta</b>	<b>1.839.474.487.035</b>
<b>TOTAL RECURSOS</b>	<b>4.594.575.858.874</b>

Fuentes: \* Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Financiamiento, Presupuesto de Ingresos Vigencia 2003.

\*\* Documento CONPES Social, 13 de julio 2004.

El proyecto contempla incrementar los recursos disponibles para subsidios a la demanda transformando el 60% de los recursos de oferta del sistema general de participaciones, más un 2.81% que sustituye los recursos propios que los entes territoriales destinan actualmente a la financiación del régimen subsidiado, lo cual incrementa los recursos para subsidios a la demanda por SGP a \$2.4 billones de pesos, incrementando el total de recursos disponibles para subsidios a la demanda a \$3.63 billones de pesos, como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Incremento en los recursos para subsidio a la demanda generados por transformación del 62.81% del SGP de oferta

<b>RECURSOS PROYECTADOS A DIC 2004</b>	
<b>RECURSOS SUBSIDIO DEMANDA</b>	
Punto de Cotización	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar	69.007.764.259
Rendimientos	111.411.979.646
ETESA**	35.000.000.000
OTROS (excedentes, multas, reintegros)	73.756.051.136
SGP Demanda + 62.81% SGP oferta	2.466.528.587.378
<i>Conpes 79 04 Demanda 12/12</i>	<i>1.622.704.581.818</i>
<i>SGP oferta (tr 62,81%*)</i>	<i>843.824.005.560</i>
<b>Subtotal demanda</b>	<b>3.633.925.377.399</b>
<b>RECURSOS OFERTA</b>	
40% SGP Oferta	499.628.467.168
Rentas cedidas	496.019.614.308
<b>Subtotal oferta</b>	<b>995.648.081.476</b>
<b>TOTAL RECURSOS</b>	<b>4.629.573.458.875</b>

\* La destinación adicional de 2.81% proviene del esfuerzo territorial para la financiación del subsidio a la demanda que se propone sustituir con recursos del SGP

\*\* Estimación de la Dirección General de Financiamiento del MPS

Como se muestra en la Tabla 4, con estos recursos se podría afiliar a la totalidad de las personas en las categorías 1 y 2 de SISBEN con la UPC actual (\$192,344 pesos) y a las personas en la categoría SISBEN 3 no afiliadas al Régimen Contributivo subsidiando la suma de \$122.233 anuales y exigiendo un aporte per cápita anual de \$70.111 pesos o mensual de \$5.843 pesos.

Tabla 4. Cálculos de recursos requeridos para subsidios totales y parciales población para cubrir población SISBEN 1, 2 y 3 no afiliada al Régimen Contributivo

<b>Supuestos</b>		
<b>A</b>	Número de personas que recibiría el subsidio total (SISBEN 1 y 2 no afiliadas al Régimen Contributivo)	12.392.464
<b>B</b>	Valor en pesos UPC-S 2004	192.344
<b>C</b>	Recurso requerido para subsidios totales (A*B)	2.383.616.095.616
<b>D</b>	Recurso disponible para subsidios a la demanda después de transformar 62.81% de la oferta	3.633.925.377.399
<b>E</b>	Recurso disponible para subsidios parciales después de otorgar subsidios totales (D-C)*	1.250.309.281.783
<b>F</b>	Número de personas que recibiría el subsidio parcial (SISBEN 3 no afiliada al Contributivo)	10.228.873
<b>G</b>	Recurso per cápita disponible para subsidio parcial (E/F)	122.233
<b>H</b>	Aporte per cápita anual requerido para cubrir UPC-s (B-G)	70.111
<b>I</b>	Aporte mensual beneficiario subsidio parcial (H/12)	5.843

\* Incluyendo gastos de administración

**Este esquema que se propone parte de la base de que prevalece el interes general sobre el particular y por tanto se va a hacer un esfuerzo para lograr el aseguramiento de la totalidad de la población en lo servicios de salud que se considera son más costo-efectivos en términos de morbi-mortalidad.**

#### Estrategias de la Administración de los Recursos del Régimen Subsidiado

Para mejorar la gestión y eficiencia en el uso de los recursos que financian el Régimen Subsidiado se propone agrupar en un solo ente todos los recursos destinados al aseguramiento disponibles en cada entidad territorial. Para esto se crea un Fondo que a nombre de las entidades territoriales administrará los recursos del Nuevo Régimen Subsidiado, al cual confluyen los dineros que financian y cofinancian el citado régimen, tanto los que les pertenecen a las Entidades Territoriales (SGP) como del nivel nacional (FOSYGA). El fondo además se encarga de la contratación regional, de las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado que sean seleccionadas por medio de la libre elección de los usuarios.

Con la creación del citado Fondo se mantiene el principio de descentralización que rige a partir de la Constitución Política de 1991, puesto que en ningún momento se modifica la titularidad de los recursos de las Entidades Territoriales, como son los provenientes del Sistema General de Participaciones, sólo implica que estos le serán girados al Fondo y que la entidad territorial los ejecutará sin situación de fondos. Es decir, el proyecto se ajusta a las facultades que tiene el legislador para definir las competencias y los recursos que financian aquellas actividades que deben prestarse de manera descentralizada.

Por medio de este instrumento se logra lo siguiente:

1. Incrementar el pool financiero disponible, lo que permite una mejor distribución y equidad en la asignación de los recursos.
2. Incrementar el tamaño de los contratos por cada entidad aseguradora, lo cual mejora la eficiencia en el manejo del riesgo y disminuye los costos de administración.
3. Reducir el número de contratos para el aseguramiento de la población, con la consecuente disminución en los costos de transacción.
4. Agilizar la transferencia de recursos a las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.
5. Brindarle transparencia a la contratación de las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.
6. Fortalecer el papel del usuario como gestor de la competencia por calidad entre aseguradores y prestadores de servicios de salud y como veedor del manejo eficiente de los recursos.

#### Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud

En la Tabla 5 se muestra el cálculo del posible impacto sobre los recursos disponibles para subsidio a la oferta al transformar 62.81% de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones. En la fila A se calculan los recursos para oferta disponibles a Diciembre 2004 que incluyen la totalidad de los recursos de oferta de SGP, rentas cedidas, y 40% de los recursos para atender a la población afiliada actualmente al régimen subsidiado (UPC-s 2004 multiplicada por 11,8 millones de personas), correspondiendo estos últimos a la contratación obligatoria con la red pública. En la fila B se calculan los recursos para oferta disponibles para la red pública, que incluirían el 40% del SGP de oferta del 2004, las rentas cedidas y 50% de los recursos para subsidios a la demanda, ya que se propone una contratación obligatoria del 50% con la red pública. Ambos escenarios sugieren que a nivel nacional no hay un cambio en los ingresos totales de la red pública, ya que la variación porcentual con transformación es de 1%.

**Tabla 5. Total ingresos red pública bajo escenario de universalización.**

Escenarios	Los recursos para oferta disponibles
------------	--------------------------------------

<b>A</b>	Ingresos red pública bajo situación actual a 2004: SGP oferta + rentas cedidas + 40% contratación UPC total subsidiado	2.870.862.849.190
<b>B</b>	Ingresos red pública bajo escenarios de universalización: 40 SGP oferta + rentas cedidas + 50% contratación recursos subsidio demanda	2.812.610.770.175
	Variación porcentual escenario/ recursos actuales (B/A)	1%

#### Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Publicas de Servicios de Salud

Este proyecto de ley se ve complementado por las actividades que en el marco de renovación y modernización de redes de prestación de servicios de salud deben adelantarse para generar escenarios de solución definitiva a las dificultades de los hospitales públicos. Para ello, el Gobierno considera que es necesario emprender acciones conjuntas por parte de los diferentes actores del sistema entre los que se incluyen obviamente las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Territoriales y el Ministerio de la Protección Social. Estas acciones deben tener impacto a nivel de los hospitales y de la red hospitalaria por entidad territorial o por región.

Esas acciones se deben concretar en planes individuales de sostenibilidad financiera, acompañados de convenios de desempeño en los que se establezcan las condiciones financieras y de prestación de servicios, que garanticen la sostenibilidad institucional y el entorno de calidad para los usuarios. Se deben eliminar los sobrecostos operacionales y maximizar los ingresos por venta de servicios.

El seguimiento de estos planes estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y se articularán con las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

ALBERTO CARRASQUILLA BARRERA  
Ministro de Hacienda y Crédito Público

DIEGO PALACIO BETANCOURT  
Ministro de la Protección Social