

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY 052-04 SENADO

“Por la 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”, y sus proyectos acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado.

El articulado propuesto por los ponentes es el siguiente:

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

CAPITULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto.

Reordenar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los siguientes objetivos específicos.

- a. Ampliar la cobertura de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con vocación de universalidad.
- b. Fortalecer la capacidad de rectoría, regulación y seguimiento del Ministerio de la Protección Social.
- c. Fortalecer el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como organismo de concertación y dirección entre los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- d. Reestructurar e implementar un sistema efectivo y desconcentrado de Inspección, Vigilancia y Control.
- e. Reestructurar y aumentar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar su eficiencia y procurar el uso adecuado de sus recursos.
- f. Propiciar el equilibrio en las relaciones entre aseguradores y prestadores al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- g. Procurar la calidad en la prestación de los servicios de salud y de aseguramiento en salud.
- h. Racionalizar la gestión pública de prestación de servicios de salud conforme a la demanda existente con criterios de equilibrio presupuestal, equidad social y regional.
- i. Fortalecer la ejecución armónica de las políticas, planes y proyectos de salud pública colectiva en todo el territorio nacional.

- j. Fortalecer y facilitar el sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(APROBADO)

Artículo 2. **De la Salud Pública.**

La salud pública es el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores relacionados con el bienestar.

La salud pública brinda la atención integral a la población y al individuo en las fases de educación, información, fomento de la salud, promoción de los factores protectores, vigilancia epidemiológica, control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento, del consumo y del ambiente, así como, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que afecten la salud, mediante acciones de carácter individual y acciones de carácter colectivo.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud esta dirigido a satisfacer integralmente los propósitos de la salud pública.

(APROBADO)

Artículo 3. **De la organización en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano y propiciar la satisfacción de la demanda de servicios de salud, el sistema general de Seguridad Social en Salud tendrá la siguiente organización.

- a) Dirección, regulación, vigilancia y control a cargo del Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud , Direcciones Territoriales de salud.
- b) Financiamiento a cargo de las contribuciones parafiscales de empleadores y trabajadores, recursos fiscales de la nación, departamentos, distritos y municipios mediante el Sistema general de participaciones SGP, otros recursos del Presupuesto General de la Nación, rentas cedidas, ingresos propios de los entes territoriales, transferencias de Etesa, el FOSYGA y el FOCOS.
- c) Aseguramiento a cargo de las Entidades Promotoras de Salud tanto en el Régimen contributivo como en el régimen subsidiado.
- d) Prestación de servicios de salud a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, IPS tanto publicas –Empresas Sociales del Estado- como privadas o mixtas , incluidos los profesionales de la salud independientes.
- e) Salud pública colectiva a cargo de la Nación, Departamentos, Distritos y Municipios los cuales deberán contratar su ejecución con las Empresas Sociales del Estado **siempre y cuando estas ofrezcan los servicios en forma oportuna y de**

buena calidad o con entidades especializadas, previamente autorizadas por el Ministerio de la Protección Social para las diferentes acciones definidas en el Plan Colectivo de Salud.

Artículo 4. De los recursos del Aseguramiento del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Los recursos de la seguridad social en salud, sean de origen fiscal o parafiscal, se considerarán recursos públicos y constituyen una bolsa común de propiedad de todos los afiliados al sistema que se distribuye entre ellos mediante la UPC y que otorga en consecuencia unas garantías explícitamente definidas en los planes de beneficios que por su carácter obligatorio se constituyen en derecho irrenunciable de los afiliados y en deber ineludible de los aseguradores. No podrá exigirse con cargo a los recursos de las subcuentas de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o de la subcuentas del Régimen Subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud FOCOS, beneficios diferentes a los previamente establecidos en los Planes Obligatorios de Salud.

(APLAZADA)

Artículo 5. Cobertura Universal y subsidios estatales a la demanda y a la oferta.

En adelante el sistema general de seguridad social en salud tendrá, entre otras, las siguientes características.

- a. En el año 2006 el Sistema de Seguridad Social en Salud deberá tener incorporada, además de los afiliados al régimen contributivo, al menos al 50% del total de la población colombiana, con prioridad en los más pobres clasificados en niveles 1, 2 y 3 del SISBEN o del instrumento que lo sustituya, identificados con cédula de ciudadanía o registro civil de nacimiento, mediante subsidios en salud.
- b. Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad y universalidad de coberturas, además de los subsidios por el total de la UPC, podrán otorgarse subsidios parciales para garantizar una determinada porción del plan o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado según las disponibilidades.
- c. La Nación y las entidades territoriales, a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas en todos los niveles de atención que tengan contrato de prestación de servicios para este efecto, propiciarán el acceso a los servicios que ellas tengan disponibles a quienes no estén amparados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando éste logre la cobertura universal, o cuyas demandas en salud no estén amparadas en el correspondiente plan de beneficios hasta que se logre igualar la integralidad del Plan Obligatorio del régimen contributivo. Estos servicios se prestarán a las tarifas subsidiadas que establecerá el CNSSS.

Artículo 6. De las excepciones en el Sistema general de seguridad social en salud.

Los regímenes exceptuados, de que trata la Ley 100 de 1993, quedan obligados a efectuar los aportes de solidaridad correspondientes al 1.3% del salario base de cotización tanto de los trabajadores como de los pensionados y deberán transferirse a la subcuenta de Régimen subsidiado del Fondo Territorial Colombia para la Salud, FOCOS.

Lo anterior no implica aumento de la cotización actual a cargo de los trabajadores ni de los pensionados

(APROBADO)

CAPITULO SEGUNDO

DE LA DIRECCIÓN, REGULACIÓN Y CONTROL DEL SISTEMA

Artículo 7. Del Ministerio de la Protección Social.

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo la rectoría, dirección, regulación, supervisión, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello deberá:

- a. Formular, dirigir y coordinar las estrategias, programas y planes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b. Dirigir y coordinar la operación del Sistema General de Seguridad Social en todo el territorio nacional.
- c. Formular y adoptar las políticas de salud pública de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.
- d. Definir las políticas de Salud Pública Colectiva y establecer las acciones prioritarias.
- e. Para la ejecución de las políticas de salud, realizará la coordinación intersectorial con las entidades de gobierno no integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- f. Ejercer a través de la Superintendencia Nacional de Salud la coordinación de las acciones de inspección vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el capítulo séptimo de la presente ley.

(APROBADO)

Artículo 8. Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el organismo de dirección y concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad

Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias y podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo.

(APROBADO)

Artículo 9. **Composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud**

La composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará constituida por trece miembros, así:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá.
2. El Ministro de Hacienda
3. Un representante de las entidades territoriales
4. Un representante del Instituto de los Seguros Sociales. .
5. Un representante de las EPS´s del régimen Contributivo.
6. Un representante de las EPS´s del régimen Subsidiado **públicas**
7. Un representante de las IPS Privadas o Mixtas.
8. Un representante de las Empresas Sociales del Estado.
9. Un representante de los profesionales de la salud
10. Un representante de los trabajadores.
11. Un representante de los pensionados
12. Un representante de los empleadores.
13. Un representante de los usuarios.

Parágrafo. **El Gobierno Nacional reglamentará como a través de mecanismos democráticos se escoja a los representantes de los organismos no gubernamentales. El periodo de los representantes no gubernamentales en el CNSSS será de dos años y podrán ser reelegidos**

(APROBADO)

Artículo 10. **De la Secretaría técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.**

El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, escogida por el mismo Consejo entre los funcionarios del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social contratará de manera ininterrumpida los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo:

- a. Evaluación de tecnología.
- b. Evaluación financiera.
- c. Evaluación de planes de beneficios.

Para el logro de sus responsabilidades, la Secretaría Técnica contará con comisiones ad-hoc, transitorias y ad-honorem conformadas por expertos en las áreas de estudios técnicos señalados en el párrafo anterior.

Parágrafo 1. Serán asesores permanentes del Consejo, coordinados por la Secretaría técnica: un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno en representación de las Asociaciones de Profesionales de la Salud diferentes a la medicina y uno en representación de las Facultades de Salud Pública, un representante de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas de la Asociación de Empresas Sociales del Estado y hospitales públicos, un representante de las centrales obreras y un representante de las confederaciones de pensionados. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones

Parágrafo 2. La contratación de los estudios de que trata el presente artículo, se hará por parte del Ministerio de la Protección Social y se financiará mediante recursos propios del Ministerio.

(APROBADO)

Artículo 11. De las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

A partir de la vigencia de la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

- a. Definir los Planes Obligatorios de Salud que las EPS garantizaran a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
- b. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo.
- c. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen Subsidiado.
- d. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
- e. Definir el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
- f. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del Régimen subsidiado por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos de personas de escasos recursos económicos y vulnerables
- g. Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993, conforme a lo previsto en la presente ley.
- h. Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del Régimen Contributivo.

- i. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y **entidades territoriales** una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
- j. Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.
- k. Definir las reglas para el traslado de afiliados entre EPS al interior de cada régimen.
- l. **Determinar con base en el perfil epidemiológico de una determinada región los márgenes porcentuales que se utilizarán de la UPC para solucionar los aspectos prioritarios en salud de dicha población, en los eventos a que haya lugar a ello.**
- m. **Definir el porcentaje máximo de administración de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.**
- n. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, a través del Ministro de la Protección Social, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus recomendaciones para mejorarlo..
- o. Adoptar su propio reglamento.
- p. Las demás que le sean asignadas por Ley.

Parágrafo 1. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación, serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. Para determinar el valor de la UPC deben existir estudios técnicos previos y solo en casos excepcionales debidamente justificada la ausencia de estudios, se incrementará automáticamente en una proporción igual al aumento del salario mínimo, aprobado por el gobierno nacional para esa vigencia.

Parágrafo.- **Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicios público de salud requieran concepto previos favorable del Ministro de la Protección Social**

Artículo 12. **De los Departamentos y el Distrito Capital.**

Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Departamentos y el Distrito Capital tendrán las funciones de:

- a) Diseñar y ejecutar, conforme a lo previsto en esta Ley, el Plan de Salud Pública Colectiva del Departamento **y de acuerdo con los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.**
- b) Supervisar y apoyar los planes locales de salud pública colectiva en su jurisdicción según los lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social y conforme a las prioridades generadas por la situación de salud departamental.

- c) Por delegación de la Superintendencia Nacional de Salud podrán ejercer Inspección, Vigilancia y Control en todo lo relacionado con los aspectos de salud pública.
- d) Organizar y administrar los Registros de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud y de Redes de Servicios en su territorio, de acuerdo con las normas establecidas para tal efecto por el Gobierno Nacional.
- e) Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos de su propiedad, provenientes del Sistema General de Participaciones, y del Fondo Territorial Colombia para la salud FOCOS 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.

(APROBADO)

Artículo 13. De los Municipios y Distritos.

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Municipios tendrán las funciones de:

- a) Diseñar y ejecutar, conforme lo previsto en esta Ley, 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.
- 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 Régimen Subsidiado.
- c) Remitir al Ministerio de la Protección Social, Sistema Integral de Información en salud, la información de la caracterización socioeconómica de la población, de acuerdo a la normativa vigente para tal fin.
- d) Presupuestar y ejecutar sin situación de fondos, los recursos de su propiedad, provenientes del Sistema General de Participaciones, que se les asignen para el aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y para los programas de salud pública colectiva, en virtud de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política en los términos establecidos en la presente ley.
- e) 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 y para los programas de salud pública colectiva.
- f) Establecer y difundir los listados de potenciales beneficiarios de los subsidios en su jurisdicción de acuerdo con las normas y con el instrumento que establezca el gobierno nacional.
- g) Convocar a los beneficiarios del subsidio al proceso de selección y afiliación en las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y su red de

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

- h) Difundir públicamente los resultados de la selección de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado realizada por la población, suscribir los contratos correspondientes y remitir los listados y los contratos debidamente firmados al Fondo Territorial Colombia para la Salud –FOCOS-.
- i) Ordenar al Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, la administración de los contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado en los términos establecidos en la presente Ley, y los respectivos pagos a las EPS. Dicha orden se entiende impartida con la remisión del listado de beneficiarios de los subsidios y del contrato debidamente firmado al Fondo Territorial Colombia para la Salud, - FOCOS.
- j) Girar oportunamente a la cuenta del Focos los recursos propios del departamento

(APROBADO)

CAPITULO TERCERO

FINANCIAMIENTO

Artículo 14. De las contribuciones al Sistema general de seguridad social en salud.

A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

- a. Diez punto veinte (10.20) para financiar la compensación del Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan.
- b. Uno punto treinta (1.30) para financiar la subcuenta para el Régimen Subsidiado del Focos.
- c. Cero punto veinticinco (0.25) para financiar la subcuenta de Salud Pública Colectiva del FOCOS
- d. Cero punto veinticinco (0.25) para financiar las incapacidades por enfermedad general a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

(APROBADO)

Artículo 15. Del Sistema General de Participaciones en Salud.

A partir de la vigencia de la presente Ley los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se distribuirán de la siguiente manera:

- a. 65% para la financiación del Régimen Subsidiado, que se asignarán a cada ente territorial responsable de la afiliación al Régimen Subsidiado y se girarán a la subcuenta que a su nombre exista en el FOCOS.
- b. 25% para la financiación de la oferta pública de servicios de salud. Los recursos se transferirán a los Fondos Territoriales de Salud de conformidad con la ley 715 y se deberán contratar con la red pública de prestación de servicios salvo excepciones autorizadas expresamente por el Ministerio de la Protección Social.
- c. 10% para los programas de Salud Pública Colectiva, que se girarán a la subcuenta territorial respectiva del FOCOS ..

(APROBADO)

Artículo 16. **Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones Destinados a la Financiación de los Subsidios en Salud.**

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 total de personas pobres en el país que recibirán efectivamente el subsidio, identificadas y seleccionadas en cada entidad territorial 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 que recibirán efectivamente el subsidio en cada entidad territorial, 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.

(APROBADO)

Artículo 17. **Financiamiento del Régimen Subsidiado**

El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

- a. Uno punto treinta (1.30) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y los aportes de los regímenes exceptuados.
- b. El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
- c. Un aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, que para el año 2006 será igual a cuatrocientos veinte mil millones de pesos (\$ 420.000.000.000) y que se incrementará anualmente en un 20% real hasta que se logre igualar el monto que generen anualmente los recursos de que trata el literal a del presente artículo.
- d. Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley.
- e. Las contribuciones de las agremiaciones de la población destinadas a cofinanciar el Régimen Subsidiado.
- f. 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 destinado al aseguramiento en salud a la vigencia de la presente Ley.
- g. El 65% del total del Sistema General de participaciones en Salud.
- h. El 40% de las rentas cedidas a los departamentos destinadas a salud
- i. 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.
- j. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Artículo 18. Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Créase el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS como una cuenta sin personería jurídica y sin planta de personal propia, la cual administrará mediante encargo fiduciario público los recursos públicos destinados al financiamiento del régimen subsidiado en todo el territorio nacional, y las acciones de Salud Pública Colectiva del orden Nacional.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS no hará parte del Presupuesto General de la Nación pero si estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política y sus recursos no podrán destinarse a actividad alguna diferente a la fijada en esta Ley, como lo ordena el artículo 48 de la Constitución Política.

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

Artículo 19. Funciones del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.

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

- a. 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.
- b. Recaudar los recursos de que trata el artículo 17 de la presente Ley.
- c. Distribuir los recursos de rentas cedidas de cada departamento en las subcuentas individuales de los municipios del respectivo departamento en proporción al número de beneficiarios de los subsidios
- d. Registrar financiera y contablemente en la subcuenta individual de cada entidad territorial los recursos discriminando por fuente.
- e. Administrar los contratos de aseguramiento con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, atendiendo el mandato de las entidades territoriales, el cual se entenderá otorgado al remitir el contrato y el listado de la población de su jurisdicción que ha solicitado ser afiliada a la respectiva Entidad Promotora de Salud.
- f. Efectuar los pagos de los contratos de aseguramiento a las EPS's del régimen Subsidiado y excepcionalmente los pagos a las IPS's cuando existan las causales en materia de flujo de recursos que señale el reglamento.
- g. Compilar y hacer pública la información sobre la selección de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado por parte de la población, con su correspondiente red de prestadores suministrada por los entes territoriales.
- h. Publicar el monto de los recursos asignados a cada entidad territorial y el resultado de las contrataciones realizadas para el aseguramiento de la población pobre en cada jurisdicción.
- i. Las demás que sean necesarias para cumplir su objeto y aquellas que le sean atribuidas por el reglamento.

Artículo 20. Estructura del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud FOCOS es una cuenta que tendrá cuatro subcuentas denominadas:

- a. Subcuenta global para la Salud Pública Colectiva
- b. Subcuenta global para el Régimen Subsidiado
- c. Subcuentas territoriales individuales para el régimen Subsidiado
- d. Subcuentas territoriales individuales para la salud pública colectiva

Parágrafo 1.-Todos los activos y pasivos de las subcuentas de solidaridad y promoción de la salud del Fosyga pasarán a formar parte de las subcuentas para el régimen Subsidiado y para la salud pública colectiva del Focos respectivamente.

Artículo 21. Sub-cuenta global para la Salud pública colectiva.

A esta cuenta 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. El cual a partir de la vigencia de la presente ley será para armas de fuego equivalente al 20% de un salario mínimo mensual legal vigente, mientras que para las municiones y explosivos se cobrara como impuesto ad valorem una tasa del 10%.
- b. El Aporte del Régimen Contributivo para las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente a 0.25% de la cotización de que trata el artículo 14 de la presente Ley
- c. Recursos del Presupuesto Nacional para programas como el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, y los programas de Tuberculosis, Malaria, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, SIDA, y otros.
- d. Los activos de la subcuenta de promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- e. Los rendimientos financieros generados por los anteriores recursos.

Artículo 22. Subcuenta Territorial para La Salud Publica Colectiva

A esta subcuenta concurrirán los siguientes recursos:

- a. Los recursos provenientes del 10% del Sistema General de Participaciones en salud de acuerdo con la distribución y asignación que haga el CONPES a cada departamento y a cada municipio.
- b. Los recursos de la subcuenta global para salud pública colectiva, que sean distribuidos a las entidades territoriales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- c. Los rendimientos financieros generados por los recursos anteriores

Artículo 23. Subcuenta global para el Régimen Subsidiado.

A la subcuenta global del Régimen subsidiado deberán llegar los siguientes recursos:

- a. Uno punto treinta (1.30) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y el aporte de los regímenes exceptuados.
- b. El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

- c. El aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, de que trata el literal c del artículo 17 de la presente Ley.
- d. Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley.
- e. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Artículo 24. Subcuentas individuales del Régimen Subsidiado para cada Entidad Territorial.

Para cada municipio y para aquellos departamentos responsables de la afiliación al régimen subsidiado en corregimientos departamentales, habrá una subcuenta individual para el régimen subsidiado a la que deberán ingresar los siguientes recursos.

- a. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a la financiación de subsidios a la demanda distribuidos por el CONPES.
- b. Un porcentaje de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar de que trata el artículo 17 de la presente ley. Dichos recursos deberán ser girados por, ETESA, al 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
- c. Los recursos que le correspondan a cada municipio provenientes del 40% de las rentas cedidas de su departamento de acuerdo con la distribución per cápita que se haga con base en la población pobre y vulnerable beneficiaria de los subsidios del respectivo departamento.
- d. Los recursos de la subcuenta global para el Régimen Subsidiado del FOCOS de que trata el artículo 23 de la presente ley y que le sean asignados al respectivo ente territorial por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- e. 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.
- f. Los saldos de liquidación de contratos de Régimen Subsidiado, en el respectivo ente territorial.
- g. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Parágrafo 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud destinados a la financiación del aseguramiento en el Régimen Subsidiado, para su transferencia, se presupuestarán directamente en el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS y se girarán en los plazos señalados en la Ley 715 de 2001.

Parágrafo 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud asegurará que los recursos destinados en el punto **d)** del presente artículo complementen la financiación necesaria para el pago de las UPC del total de las personas beneficiadas con subsidios totales o parciales en el respectivo ente territorial.

Artículo 25. Comité de Vigilancia del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS - tendrá un comité de vigilancia de carácter permanente, el cual estará conformado por, siete (7) Alcaldes, uno por cada categoría de municipio, elegidos por la Federación **Colombiana** de Municipios, cuatro Gobernadores provenientes de ámbitos regionales distintos elegidos por la **Federación Nacional de Departamentos** y tres (3) representantes del Gobierno Nacional, quienes se encargarán de velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales para la prestación de servicios de salud a la población de cada departamento y municipio según lo dispuesto en la presente ley. El Gobierno **Nacional** reglamentará la elección, organización y el funcionamiento del Comité.

Artículo 26. 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 siguientes subcuentas:

- a. Compensación interna del régimen contributivo
- b. Eventos Catastróficos, Accidentes de Tránsito y Alto Costo.

El Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, no hará parte del Presupuesto General de la Nación pero si estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política y sus recursos no podrán destinarse a actividad alguna diferente a la fijada en esta Ley, como lo ordena el artículo 48 de la **Constitución Política**.

Artículo 27. Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo.

Los recursos que financian la subcuenta de compensación en el régimen contributivo provienen de:

- a. La diferencia entre los ingresos correspondientes a los 10.20 puntos del Ingreso Base de Cotización, de que trata el literal a del artículo 14 de la presente ley y el valor de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) que le sean reconocidas por el sistema a cada Entidad Promotora de Salud. En el caso en que las Entidades cuyos ingresos por concepto del 10,2% del IBC sean mayores que las UPC reconocidas, trasladarán la diferencia a esta subcuenta, para compensar a las Entidades cuyos ingresos sean menores que el valor de las UPC que les corresponda.
- b. Rendimientos financieros que produzcan estos recursos.

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

Parágrafo Segundo-. El ingreso base de cotización mínimo para la afiliación al régimen contributivo será de un salario mínimo legal mensual vigente excepto para las madres comunitarias y las empleadas del servicio doméstico para quienes será de medio salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 28. Subcuenta para Financiación de Eventos Catastróficos, Accidentes de tránsito y enfermedades de alto costo.

El cubrimiento de algunos eventos catastróficos, accidentes de tránsito complementario al SOAT, y excesos en la atención de enfermedades de alto costo se financiará de la siguiente forma:

- a. Los recursos del FONSAT, creado por el Decreto-Ley No.1032 de 1991.
- b. Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito que se cobrará en adición a ella.
- c. Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.
- d. Los recursos **obligatorios** que aporten las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado equivalentes al **3%** de la UPC del respectivo régimen que se destinarán a financiar el exceso de gasto en el componente de enfermedades de alto costo de acuerdo con la reglamentación que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1. Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

Parágrafo 2. **Para la atención de enfermedades de alto costo las EPS no estarán obligadas a un reaseguro diferente al establecido en el presente artículo.**

Parágrafo 3. Por tratarse el SOAT de un seguro obligatorio de forzosa contratación, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, señalará con carácter uniforme las condiciones generales de las pólizas, las tarifas máximas que puedan cobrarse por el mismo, así como el valor de la contribución al Fondo de Solidaridad y Garantía. El valor de esta contribución deberá calcularse como la suma entre un porcentaje de la prima anual del seguro y un porcentaje del valor comercial del vehículo. En todo caso, este valor no podrá exceder un 100% del valor de la prima anual.

En todo caso, en la determinación de las tarifas se observarán los principios de equidad, suficiencia y moderación y se podrán establecer rangos diferenciales según la naturaleza de los riesgos.

Estarán libres de contribución a cualquier institución o fondo, las primas del SOAT sobre motocicletas hasta 200 cc cilindrada. En consecuencia, la prima del SOAT para estos cubrirá exclusivamente el costo del riesgo que actuarialmente se determine para ellos, considerándolos con un criterio de favorabilidad frente a otros de mayor capacidad de pasajeros y cilindrada.

Artículo 29. Flujo de los Recursos del Régimen Subsidiado.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS, con cargo a las subcuentas individuales de cada entidad territorial, girará directamente y bimestre anticipado a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada de los beneficiarios que la hayan escogido y hayan recibido efectivamente su carné. Así como también girará a las EPS el valor per cápita correspondiente a los subsidios parciales, conforme lo establezca el reglamento.

Excepcionalmente, el FOCOS girará conforme a la norma que establezca el gobierno nacional para el efecto, los dineros correspondientes a las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud en virtud a los contratos con las EPS's, cuando existan las causales que señale el reglamento.

Artículo 30. Recursos para la red pública de prestación de servicios de salud.

La red pública de prestación de servicios de salud se financiará con los siguientes recursos:

- a. El 25% del total del Sistema General De Participaciones En Salud.
- b. Recursos provenientes de la contratación mínima obligatoria y efectiva del 65% por parte de las EPS del régimen Subsidiado en el territorio de la respectiva red.
- c. El 60% de las Rentas Cedidas para salud.
- d. Recursos provenientes del sesenta y cinco por ciento (65%) de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del FOSYGA, con énfasis en los hospitales universitarios y docentes, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca el CNSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica e investigación.
- e. Recursos propios de las entidades territoriales.
- f. Venta de servicios al régimen contributivo y otros.
- g. Donaciones y otros conceptos.

Parágrafo-. Excepcionalmente en los municipios donde no existan IPS Públicas, los recursos de oferta se podrán contratar con IPS Privadas, previa autorización del Ministerio de la protección Social.

(APROBADO)

Artículo 31. **Contratación con la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.**

El ISS en el Régimen Contributivo contratará al menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de los servicios que requiera con Empresas Sociales del Estado cuyas Unidades Prestadoras de Salud hayan sido habilitadas.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratarán los servicios de salud con las Redes de Prestación de Servicios de Salud del respectivo ente territorial, regional o nacional en todos los grados de complejidad.

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS's del régimen subsidiado ,se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado cuyas Unidades Prestadoras de Salud hayan sido habilitadas.

El gobierno nacional reglamentará la transición en esta materia hasta que se hayan constituido las ESE's conforme a lo previsto en la presente ley. De igual manera reglamentará sobre las excepciones en las cuales se acepte la contratación con la red pública de primer nivel en municipios vecinos.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, **ésta** no podrá exceder el cuarenta y cinco (45%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La contratación de servicios con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de oferta por parte de las ESE's, deberá estar mediada por contratos conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1. Para efectos de evaluar la contratación mínima obligatoria de las EPS's **del régimen subsidiado** con la red pública, la cual no podrá ser inferior al sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación de servicios de salud, los entes de interventoría, inspección vigilancia y control la evaluarán en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

Parágrafo 2 Hasta tanto no se reglamente la contratación de las ESE podrá contratarse con IPS públicas.

(APROBADO)

CAPITULO IV

ASEGURAMIENTO

(aprobado)

Artículo 32. Definición

Para efectos de esta Ley entiéndase por aseguramiento la estrategia o mecanismo estructurado y formal, por el cual una persona y su familia es protegida o amparada de unos riesgos en Salud específicos, mediante una Unidad de Pago por Capitación (UPC) previamente establecida y que cubre un plan de beneficios también previamente determinado.

Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en Salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, asegurar la calidad en la prestación de los servicios de Salud y la representación del afiliado ante los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Artículo 33. Del riesgo en Salud (aprobado)

El riesgo en salud, es la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, que afecta la salud o que requiere un servicio de salud y que en consecuencia puede vulnerar la economía familiar. Es el posible acontecimiento previsto y cubierto por el plan de beneficios.

La gestión del riesgo en salud, es el conjunto de acciones de la EPS tendientes a proteger o intervenir la ocurrencia de contingencias que afectan el estado de salud de los afiliados y sus familias.

Artículo 34. Del Plan de Beneficios (aprobado)

El Plan de beneficios, es la cobertura expresada como el conjunto de prestaciones, es decir actividades, procedimientos, intervenciones, suministros e indemnizaciones a que tienen derecho los afiliados o los beneficiarios. El plan de beneficios deberá ser integral, que permita la gestión del riesgo en salud por las aseguradoras, desde la promoción hasta la rehabilitación.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social actualizará por lo menos una vez al año el Plan Obligatorio de Salud y hará una revisión integral del mismo por lo menos cada tres años sin disminuir de ninguna manera sus beneficios.

Artículo 35. De la Unidad de Pago por Capitación. (UPC) (aprobado)

La Unidad de Pago por capitación será establecida por el CNSSS previos los estudios elaborados por la secretaría técnica del CNSSS o contratados con terceros y deberá estar calculada acorde a la cobertura del plan de beneficios y a los riesgos cubiertos, y podrá ajustarse por concentración de riesgo en enfermedades de alto costo, por zona geográfica, edad y género o por indicadores de calidad derivados de la acreditación o por impacto de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El CNSSS establecerá un porcentaje mínimo de la UPC que deba destinarse a las acciones de promoción y prevención.

Artículo 36. Las Entidades Promotoras de Salud (aprobado)

Las Entidades Promotoras de Salud, son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento señaladas en el artículos 31 de la presente Ley con el propósito de garantizar la prestación de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud en las diferentes fases del ciclo vital, dentro de los parámetros de la gestión y garantía de la calidad que se establezcan.

Para operar en cualquiera de los regímenes establecidos, las entidades promotoras de salud deberán ser habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

A partir de la presente Ley sólo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el régimen subsidiado, las entidades públicas, las entidades privadas sin ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.

Parágrafo 1. Las entidades privadas con ánimo de lucro que a la fecha de entrar en vigencia la presente Ley se encuentren debidamente habilitadas, podrán continuar operando en el Régimen Subsidiado sin aumentar el número de afiliados que les haya sido autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud a 31 de agosto de 2004.

Parágrafo 2. Las entidades mencionadas en el parágrafo anterior, podrán aumentar el número de afiliados que les haya sido autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud, si al menos el 50% de su composición accionaria pertenece a Empresas Sociales Del Estado, Hospitales Públicos, Cooperativas De Hospitales Públicos o Entes Territoriales.

Parágrafo 3. Las Cajas de Compensación Familiar, podrán actuar como entidades promotoras de salud, del régimen subsidiado, en forma individual o conjunta, previo el cumplimiento de las condiciones de habilitación, establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 37. Incentivos por el buen desempeño de las EPS.- (aprobado)

El Ministerio de la Protección Social, establecerá, en un lapso no mayor de seis meses de expedida la presente ley, un sistema de incentivos de prestigio en el aseguramiento por el buen desempeño de las EPS's, las que mediante indicadores de gestión deberán acreditar el mejoramiento o mantenimiento del estado de salud reflejado en cambios positivos del perfil epidemiológico de su población afiliada en una región determinada y el eficiente y adecuado control del gasto en salud.

Artículo 38. Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley 100 de 1993, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen contributivo:

- a. Deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. El Gobierno Nacional en un plazo máximo de seis meses, reglamentará los mecanismos mediante los cuales, la población colombiana, que se encuentra habitando y trabajando en el exterior podrá pagar de manera directa desde el país en que se haya domiciliados o residenciados la cotización de afiliación al régimen contributivo de su núcleo familiar que se encuentra residenciado en el territorio nacional. Las personas que se afilien como independientes, lo podrán hacer teniendo como ingreso base de cotización, desde un salario mínimo mensual vigente.
- b. Los afiliados conjuntamente con el empleador, si lo hay, contribuirán al sistema con una cotización mensual equivalente al 12% del ingreso base de cotización. 2/3 de la cotización estarán a cargo del empleador y 1/3 parte a cargo del trabajador afiliado.
- c. El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía para lo cual se podrá delegar esta función en las EPS o establecer una Central Única de Recaudo.
- d. Por cada persona afiliada o beneficiaria, la entidad promotora de salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación, UPC, que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Dicha UPC podrá ser variable en función de la edad y el sexo de los afiliados, de los indicadores de calidad de cada EPS y de la concentración del riesgo en la entidad.
- e. Los recursos provenientes de las cotizaciones pertenecen al sistema general de seguridad social en salud, y a las EPS les corresponden los recursos por UPC de acuerdo con la reglamentación correspondiente. El proceso de compensación se hará estableciendo la diferencia entre los derechos por UPC y las cotizaciones recibidas de los afiliados a una EPS una vez descontados los recursos de solidaridad, de salud pública colectiva y de incapacidades. Dicha diferencia será cobrada o pagada al Fosyga según sea el caso de una EPS deficitaria o superavitaria
- f. Los afiliados al Régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se beneficiarán del Plan Obligatorio de Salud que defina el CNSSS, el cual no podrá ser inferior al existente a la expedición de la presente ley, establecido en el Acuerdo 8 del CNSSS y la resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS).
- g. Las personas que conformen un mismo núcleo familiar estarán afiliadas a la misma EPS.

- h. Todo niño que nazca quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. Cuando se trate de hijo de beneficiario y nieto de cotizante conservará la calidad de afiliado hasta el primer año de edad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente.
- i. Las licencias de maternidad y las incapacidades son beneficios que se reconocerán al cotizante conforme a las normas del régimen laboral correspondiente y se pagarán por parte de las EPS con los recursos del sistema en la forma en que establezca el CNSSS. No habrá lugar al reconocimiento de estas prestaciones económicas al familiar afiliado no cotizante.
- j. Las licencias de maternidad se reconocerán a la afiliada cotizante cuando ésta haya estado afiliada al sistema 9 meses antes del parto, o con por lo menos tres meses de afiliación anterior al parto si demuestra haber cotizado al sistema por lo menos 52 semanas, continuas o discontinuas, en los últimos dos años. Estas licencias se pagarán por las EPS con cargo a la subcuenta de compensación del Fosyga.
- k. El CNSSS establecerá el régimen de copagos y cuotas moderadoras, teniendo en cuenta que los pensionados por jubilación, invalidez, vejez, sobrevivientes y sustitución y sus beneficiarios de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes así como en el sector privado con dos o menos de dos salarios mínimos de mesada pensional, estarán exentos del pago de cuotas moderadoras y copagos.
- l. La sumatoria de la antigüedad que constituyan los afiliados en diferentes EPS con sus aportes al régimen contributivo, para establecer su derecho a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, superando los períodos de carencia, se conservará hasta al menos por un año de suspendidos los aportes y así mismo en el caso que los afiliados se trasladen al Régimen subsidiado o el régimen de subsidios parciales y se reconocerá cuando recuperen su capacidad de regresar al régimen contributivo.
- m. Para adquirir planes complementarios como pólizas de medicina Prepagada y seguros privados el interesado deberá estar afiliado al régimen contributivo o a un régimen de excepción. Dichos planes complementarios ofrecerán servicios e intervenciones distintas a las contenidas en el POS, pero cuando dichos planes se vendan es responsabilidad del proveedor verificar que el tomador este afiliado a una EPS y en consecuencia cuente con la protección del POS. Si ello no ocurre el proveedor del plan complementario deberá responder también por los servicios del POS que puedan requerirse.
- n. El CNSSS establecerá excepciones en la afiliación y compensación en aquellos municipios en donde no haya oferta de EPS del régimen contributivo o haya menos de 1000 afiliados al régimen contributivo, o para el caso de personas subsidiadas con afiliación intermitente al régimen contributivo.
- o. En los contratos en donde esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público

o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a un (1) mes, la parte contratante deberá **realizar** la afiliación y pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para tal efecto el valor del contrato correspondiente se mensualizará por el término de tiempo contractual y sobre el equivalente al 50% de la mensualidad inferida se calculará la cotización correspondiente del 12%, la cual será pagada, en dos terceras partes por el contratante y una tercera parte por el contratista; se entiende que el 50% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada. En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente ni superior a **veintico (25)** salarios mínimos legales mensuales vigentes. El contratante que incumpla lo estipulado en el presente literal será sancionado pecuniariamente con un monto que corresponderá al 80% del valor del Contrato; los recursos que provengan de este tipo de sanciones se destinarán al fortalecimiento de la subcuenta de compensación del FOSYGA. **El pago de aportes que realice el contratante en virtud del presente literal no genera la constitución de vínculo laboral.**

Artículo 39. **Características Básicas de la operación del Régimen Subsidiado**

- a. Se beneficiarán con subsidio total en el Régimen Subsidiado la totalidad de las personas pobres y vulnerables del país en el área rural y urbana, identificadas con la cédula de ciudadanía o el registro civil de nacimiento y clasificados en los niveles 1 y 2 mediante el SISBEN o cualquier otro instrumento que defina el CONPES. Las personas clasificadas en el nivel 3 del SISBEN o cualquier otro instrumento que defina el CONPES y beneficiarias del subsidio, lo podrán recibir total o parcialmente de acuerdo a la reglamentación que expida el CNSSS.
- b. Los municipios y distritos aplicarán el instrumento que defina el Gobierno Nacional mediante el cual se identificará la población beneficiaria del subsidio en salud en su territorio. El CNSSS podrá definir mecanismo de identificación para aquellos beneficiarios que por sus características especiales no se les aplique la encuesta SISBEN.
- c. El municipio será el encargado de recolectar la información de los beneficiarios del subsidio y enviarla a la central de datos a nivel nacional para incluirlos en el listado nacional.
- d. Para la libre elección de la EPS, el beneficiario se presentará identificado con su cédula de ciudadanía y con el registro civil de sus menores para hacer la escogencia correspondiente. Para los casos en los cuales el beneficiario no se haga presente el Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia
- e. Sólo se considerará efectivamente afiliado, aquella persona que haya escogido EPS, haya sido incluida en la base de datos de afiliados contratados por la EPS y haya sido carnetizada por ésta.

- f. El FOCOS sólo podrá cancelar a las EPS's del Régimen Subsidiado los subsidios de los usuarios efectivamente afiliados según el literal anterior.
- g. En representación de su población afiliada y en acatamiento de su libre elección, los municipios y distritos firmarán los contratos con la o las EPS's que correspondan según la decisión soberana de los afiliados.
- h. El Ministerio de la Protección Social a través de la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud intervendrá de oficio para representar a los afiliados acatando el proceso de libre elección de EPS y firmará los contratos correspondientes en su nombre, cuando el representante legal del ente territorial no los haya firmado, transcurridos quince (15) días calendario a partir de la fecha en que debe iniciar la ejecución de los mismos.
- i. De la totalidad de los recursos del FOCOS se podrá destinar hasta el cero punto cinco (0,5%) por ciento para la contratación de la interventoría de los contratos de régimen subsidiado en cada región. El Ministerio de la Protección Social reglamentará los mecanismos para la ejecución de la interventoría, que será contratada por parte de las entidades territoriales y será de carácter técnico, administrativo y financiero. Para el Sistema de Vigilancia y Control se destinará también otro cero punto cinco (0,5%), que se transferirá a la Superintendencia de Salud, siempre y cuando se incluya en el presupuesto de esta entidad dentro del Presupuesto General de la Nación.
- j. La población pobre y vulnerable que no tenga una residencia permanente, accederá al Régimen Subsidiado de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.
- k. En el régimen subsidiado no habrá preexistencias ni periodos de carencia

Artículo 40. Selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

La selección de las Entidades Promotoras de Salud se hará mediante la libre elección de los usuarios en cada municipio conforme las siguientes reglas:

- a. El Ministerio de la Protección Social definirá como mínimo seis (6) regiones para la operación del Régimen Subsidiado y el número de EPS autorizadas para cada región, teniendo en cuenta el potencial de afiliación de cada una de ellas y un mínimo de 400.000 afiliados por cada EPS. Mediante concurso público realizado de acuerdo a lo consagrado en el artículo 41 de la presente ley, en la respectiva región se escogerá entre las EPS habilitadas que ocupen los primeros lugares hasta el número máximo de EPS autorizadas en la respectiva región, conforme a los criterios de selección previstos en esta Ley y que reglamentará el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El orden de elegibilidad se aplicará en caso que se requiera sustituir alguna de las EPS autorizadas, permitiendo a la EPS ubicada en el lugar subsiguiente de lista del concurso público, tomar su lugar. El gobierno nacional reglamentará los criterios de transición e ingreso de las EPS a este régimen para el cumplimiento del número mínimo de afiliados.

Las EPS públicas del régimen subsidiado del orden nacional quedarán autorizadas para operar en todo el país.

- b. El Ministerio de la Protección Social tendrá en cuenta para la autorización regional los criterios de domicilio de la EPS en la región, propiedad de la EPS de personas naturales o jurídicas domiciliadas en la región, cobertura de municipios en la región, cartera del régimen subsidiado con las IPS's en el país siempre y cuando las entidades territoriales estén al día con las EPS del régimen subsidiado, calificación de las IPS's con las que tenga contratos en el régimen subsidiado, porcentaje de propiedad de los usuarios y acreditación de estándares de calidad superiores a los mínimos de habilitación.
- c. El listado de las EPS's autorizadas para la región, se publicará ampliamente por cada entidad territorial, para efecto de que las personas con derecho a afiliación en el régimen subsidiado escojan de manera individual a la EPS, y se afilien mediante contrato individual, para la persona y su núcleo familiar.
- d. La EPS les entregará sus carnés, diligenciará el formulario de afiliación, orientarán a cerca de sus deberes y derechos, de los beneficios del Plan Obligatorio de Salud a que tienen derecho, de la red de servicios a la que pueden acudir, de los procedimientos para acceder a los servicios y del Modelo de Atención establecido en la entidad. Posteriormente la EPS se dirigirá a la vivienda del afiliado para realizar la correspondiente encuesta de salud e identificación de riesgos para la salud del afiliado y su núcleo familiar.
- e. En todo caso ninguna EPS podrá tener más del 20% del total nacional de afiliados del régimen en que opera, no más del 30% del total regional, ni más del 60% del total municipal excepto en aquellos municipios en donde solo estén autorizadas u operando una o dos EPS. Se exceptúan de estos porcentajes a las EPS públicas del orden nacional del régimen subsidiado.
- f. Los actuales afiliados a una entidad del régimen subsidiado continuarán afiliados a la misma entidad si no manifiestan intención contraria siempre y cuando la entidad haya sido habilitada para operar en la respectiva región. En caso de continuar con la misma EPS a la que venían afiliados, deberán acudir a ella para recibir el carné definitivo de afiliación al nuevo régimen subsidiado.
- g. La relación de los carnés de afiliación debidamente entregados y el registro único de afiliación serán el soporte para la firma del contrato entre la EPS y la entidad territorial y los respectivos giros por el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Artículo 41. Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

Previo un período en el cual se informe a los usuarios sobre los servicios y sobre la conformación de la red de prestadores que cada EPS ofrece, se adelantará el proceso de libre elección de EPS por parte de los usuarios.

En los municipios con población mayor de 100,000 habitantes, deberán participar todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en la respectiva región, en un proceso de libre elección de Entidad Promotora de Salud por parte de la población, que se realizará a través de un registro directo de la intención de los habitantes en un periodo debidamente difundido por la municipalidad, de acuerdo con la reglamentación que para este efecto expida el CNSSS. El Ministerio de Protección Social definirá el número de EPS's que operarán en este tipo de municipios.

El gobierno nacional establecerá los mecanismos de veedurías para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado - EPS.

El gobierno nacional reglamentará la forma que permita que en los municipios que tengan menos de 30 mil habitantes entre todas las opciones la población beneficiaria del subsidio escoja una sola EPS y en aquellos de más de treinta mil y menos de 100 mil habitantes un máximo de 3 EPS por municipio.

Artículo 42. **Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.**

Cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS suscribirá un contrato de aseguramiento con la respectiva entidad territorial con el objeto de garantizar la atención en salud de las personas que para tal fin las escojan, mediante el proceso de libre elección en la respectiva región, en el marco del plan de beneficios a los afiliados del Régimen Subsidiado.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS girará directamente y por bimestre anticipado a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

El Ministerio de la Protección Social ejercerá con cargo al Fondo Territorial Colombia Para la Salud FOCOS, la interventoría de los contratos del Régimen Subsidiado suscritos entre los municipios y las EPS y controlará el reconocimiento de la UPC conforme a las novedades de aseguramiento que se presenten.

Si se declara la caducidad de algún contrato o se revoca la habilitación de una Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, los afiliados serán asignados a las demás EPS así: 50% en proporción al número de afiliados que tenga cada EPS en los respectivos municipios donde operaba la EPS a la que le fue declarada la caducidad o fue revocada, y el 50% restante distribuido por igual entre todas las EPS de la región incluyendo a la nueva EPS que la sustituya.

En estos eventos que impliquen la disminución del número de EPS autorizadas en una región, los cupos vacantes serán llenados por las EPS's que hayan ocupado los

siguientes lugares en el proceso de libre elección descrito en el artículo 41 de la presente Ley en el respectivo municipio y en estricto orden descendente.

El CNSSS definirá los procedimientos para garantizar el aseguramiento de esta población sin solución de continuidad.

Artículo 43. **Los tipos de contratación en el Aseguramiento**

Con el fin de racionalizar la demanda de servicios, las EPS podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, evento, grupos relacionados con diagnósticos, protocolos o presupuestos globales fijos o prospectivos, de tal manera que incentiven las actividades de la salud colectiva e individual, la atención domiciliaria, la atención primaria en salud y, generen control de costos, sin deterioro de la calidad de la atención. Ninguna de las modalidades anteriores implicará la transferencia de las responsabilidades en el aseguramiento, que en todo caso permanecerán en cabeza de la Entidad Promotora de Salud.

Las Empresas Promotoras de Salud garantizarán en todo caso, la libre escogencia que realice el afiliado respecto de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que hagan parte de la oferta de servicios de la red prestadora, salvo cuando la restricción de oferta lo impida y de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para tal efecto.

No podrá contratarse por capitación servicios diferentes a los de baja complejidad.

Artículo 44. **Priorización de los subsidios**

El régimen subsidiado proveerá los subsidios totales que requiere la población pobre y vulnerable, desde las distintas fuentes de financiación, que serán administradas a través del Fondo Territorial Colombia para la Salud. FOCOS, incluyendo a todos los miembros del nivel 1 y 2 que sean susceptibles del subsidio. El CNSSS definirá los demás criterios de priorización para la población beneficiaria de los subsidios en salud.

Artículo 45. **Subsidios Parciales.**

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para las personas del nivel 3 del SISBEN o del sistema de identificación de beneficiarios de subsidios en salud que defina el CONPES, determinará la concurrencia entre el subsidio parcial y el aporte del afiliado para cada uno de los miembros de su grupo familiar o para el cubrimiento de ciertas y determinadas contingencias de salud, especialmente de alto costo. En el subsidio parcial podrán concurrir los entes territoriales en la forma como lo determine el citado Consejo.

El CNSSS solo podrá otorgar como subsidio parcial un máximo del 50% del subsidio total. El subsidio parcial solo lo podrán recibir personas que estén clasificadas en el nivel 3 del SISBEN y excepcionalmente en un nivel superior de acuerdo a

reglamentación del CNSS. El resto de la población pobre susceptible de acceder al régimen subsidiado recibirá subsidios totales.

Parágrafo.- Las personas identificadas en el nivel 2 del SISBEN que sean beneficiarias de los subsidios parciales a la fecha de expedición de la presente Ley, recibirán el subsidio pleno de conformidad con la ampliación de cobertura

Artículo 46. **Plan Obligatorio de salud**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a través del aseguramiento en salud en cualquiera de sus regímenes, el acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) para la protección del individuo en sus fases de, promoción, prevención, protección, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, **mediante el desarrollo de estrategias de atención domiciliaria y comunitaria, con enfoque de salud familiar que garantice la prestación de los servicios básicos de salud.** El Plan Obligatorio de Salud será definido en todos los casos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluirá los servicios y atenciones necesarias de salud en general y teniendo en cuenta en especial lo relacionado a la salud mental.

La UPC reconoce a las personas, el amparo del riesgo en salud y la prestación oportuna de los servicios en todas las fases y niveles contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

(APROBADO)

Artículo 47. **El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.-**

En el régimen contributivo se garantiza el Plan Obligatorio de Salud de carácter integral que para el efecto apruebe el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, reconocido a las personas pertenecientes a dicho régimen.

Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán ampliados progresivamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología disponible y las condiciones financieras del Sistema.

Aquellos beneficios no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud y cuya protección se pretenda por el afiliado deberá ser contratados mediante planes complementarios.

(APROBADO)

Artículo 48. **El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.**

El régimen subsidiado garantiza un Plan Obligatorio de Salud aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para las personas pertenecientes a dicho régimen, el cual se irá ampliando en forma progresiva.

Las Secretarías de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán periódicamente en la forma como lo señale el reglamento, la forma como las Entidades Promotoras de Salud garantizan en forma efectiva el acceso oportuno y con calidad a los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Aquellos beneficios no contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y que se encuentren incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo, serán atendidos por la red pública de prestadores de servicios de salud de acuerdo con sus disponibilidades de servicios y con cargo a los recursos que perciban por concepto del Sistema General de Participaciones y de las rentas cedidas conforme lo señalado en esta Ley.

(APROBADO)

Artículo 49. **Las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.-**

Para efectos de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las Entidades Promotoras de Salud en cualquiera de sus regímenes, diseñaran un plan estratégico de tales actividades que deberán someter a la aprobación de las secretarías de salud en donde tengan afiliados y que como mínimo deberá tener en cuenta, el perfil epidemiológico de su población afiliada, la focalización de las actividades a desarrollar, el tipo de entidades a contratar; el período de contratación y el diseño de los indicadores exigidos para su medición y control.

La contratación de las actividades de promoción y prevención en ningún caso significarán cesión del riesgo o de las responsabilidades que corresponden en esa materia a las entidades de aseguramiento.

(APROBADO)

Artículo 50. **Planes Complementarios.**

Los Planes complementarios de Salud y las pólizas de Salud serán prestados únicamente por las Entidades Promotoras de Salud, por las Empresas de Medicina Prepagada y por las compañías de seguros debidamente autorizadas para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto establezca el Gobierno Nacional.

Los planes complementarios de salud serán pagados con recursos distintos a los de las cotizaciones en salud, y deben ser todos aprobados por la Superintendencia

Nacional de Salud, sin perjuicio de que las Entidades que venden pólizas de salud sin ser EPS ni empresas de Medicina Prepagada deban ser autorizadas por la Superintendencia Bancaria.

Artículo 51. Regulación de la Integración Vertical Patrimonial

Entiéndase por integración vertical patrimonial aquellos eventos en que una Entidad Promotora de Salud (EPS) asume a su vez la función de prestadora de servicios de salud, o contrata dicha prestación con IPS's que son de su propiedad total o parcialmente, en cuyo caso se denominará red propia. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado que cuenten con red propia sólo podrán prestar servicios a través de dicha red en los siguientes casos:

- a. Cuando a 31 de agosto de 2004 contaba con red propia de cualquier grado de complejidad en cuyo caso podrá contratar con esta hasta un treinta por ciento (30%) del total de los servicios.
- b. Cuando creen IPS's nuevas que realicen atención ambulatoria de baja y mediana complejidad, en cuyo caso las EPS's no podrán contratar más del treinta por ciento (30%) de los servicios con la red propia. Para el caso de EPS que cuenten con red propia del tipo definido en los literales a y b la suma de la contratación de los dos tipos no podrá ser superior al treinta por ciento.

El porcentaje restante, al permitido en los literales anteriores, tendrá que contratarse con red no propia y que no sea propiedad de otra EPS.

Cuando una EPS sea en forma mayoritaria de propiedad de hospitales públicos, asociaciones de hospitales públicos o cooperativas de hospitales públicos no aplicará la restricción de contratación señalada en los literales a y b.

En todo caso a partir de la vigencia de la presente Ley, ninguna aseguradora, en forma directa o a través de terceros, podrá construir, adquirir total o parcialmente, comprar acciones total o parcialmente o entrar a ejercer algún tipo de dominio sobre alguna institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad. El incumplimiento de esta norma será causal de revocatoria de la licencia de funcionamiento de la entidad aseguradora.

Parágrafo 1. En todo caso, cuando se presente contratación entre la EPS y la red propia esta no podrá hacerse por encima de las tarifas mínimas establecidas por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2: La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta norma y en conjunto con la superintendencia de sociedades examinará la composición de la propiedad de las IPS's que obtengan el visto bueno para operar,

así como de las ya existentes y la contratación de las EPS con la red propia en cada vigencia.

Artículo 52. **Del Alto costo**

Las enfermedades de alto costo serán definidas en el Plan Obligatorio de Salud por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y su atención será responsabilidad de la EPS.

El Gobierno Nacional expedirá la reglamentación mediante la cual la subcuenta ECAT del FOSYGA cancelará el excedente en los gastos de la atención de enfermedades de alto costo, con cargo a esta última. Esta reglamentación deberá definir el monto del gasto por paciente año a partir del cual se reconoce un excedente de costo y el tope máximo hasta el cual se reconoce dicho exceso.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional reglamentará en concertación con los departamentos la concurrencia de estos últimos con la subcuenta ECAT para proteger sus excesos de costo en la atención de los pacientes no asegurados.

Parágrafo 2. Se hará un aporte del 10% de la cuenta de Eventos catastróficos y accidentes de tránsito, que será de uso exclusivo para el exceso de gasto que se facture en la red pública hospitalaria por atenciones de alto costo y riesgo especial, en pacientes no asegurados y será cobrado por los hospitales públicos que les brinden atención.

Parágrafo 3. Las anteriores disposiciones se ejecutarán sin perjuicio de las determinaciones que adopte el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en relación con ajustes a la UPC de conformidad con el artículo 35 de la presente ley.

CAPITULO V

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Artículo 53. De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS.

Las entidades con personería jurídica en cuyo objeto social se establezca la prestación de servicios de salud tendrán la denominación genérica de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y la sigla IPS. Para operar, las IPS deberán estar habilitadas por la respectiva Dirección Territorial de Salud, conforme las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

En todo caso, toda dependencia que preste servicios de salud en una entidad cuyo objeto social no contempla dicha prestación deberá cumplir con las condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Para los efectos de esta ley los profesionales independientes que prestan servicios de salud se asimilarán en lo pertinente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 54. De la regulación de la oferta hospitalaria.

La creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud nuevas que pretendan prestar servicios de salud, de mediana y alta complejidad, deberán ser aprobadas por el Ministerio de la Protección Social. El Ministerio podrá delegar en cada caso expresamente esta competencia a los Departamentos que deberán dar su aprobación o negarla de conformidad con el reglamento que establezca el Ministerio. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 55. De La Habilitación De Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud.

Para prestar con calidad y eficiencia un determinado portafolio de servicios todas las IPS deberán habilitar el cumplimiento de las condiciones básicas que señale el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Las IPS, o las unidades o servicios pertenecientes a ellas que no cumplan con el requisito de habilitación limitarán su operación de la forma en que señale la Superintendencia de Salud o las Direcciones Territoriales de Salud, conforme al reglamento y en todo caso no podrá contratarse con las EPS del régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado los servicios no habilitados. .

Artículo 56. **De la libertad de escogencia de IPS:**

Las EPS, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el censo de IPS habilitadas de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán exigir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que se destaquen por sus resultados científicos, por sus resultados de calidad técnica y funcional o por haber obtenido reconocimientos en la implementación del sistema de garantía de calidad.

Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS.

Parágrafo 1: Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o falsear la libre competencia para la prestación de los servicios de salud. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que habiéndose afiliado con la expectativa de una determinada red de prestadores y esta no sea cierta podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en ésta. El régimen de movilidad general puede ser obviado si se demuestra alguna de las causales anteriores.

Parágrafo 2: La aseguradora que viole el derecho a la libertad de escogencia de IPS deberá ser investigada y eventualmente sancionada por las autoridades de vigilancia y control. Si la conducta es sistemática podrá ser revocada su licencia de funcionamiento.

Artículo 57. **De las Empresas Sociales del Estado.**

La prestación de servicios de salud por parte del estado se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, ESE.

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, o por las asambleas de constitución cuando se trate de Empresas de propiedad de varios entes territoriales que se asocian debidamente autorizados por las respectivas Asambleas y Concejos.

La ESE está constituida por una o varias sedes o Unidades Prestadoras de Salud. En todo caso, toda Unidad Prestadora de Salud de carácter público deberá pertenecer a una Empresa Social del Estado.

Las Empresas Sociales del Estado podrán ser de carácter nacional, departamental, distrital municipal, regional, provincial o mixtas, esto es de propiedad de entes territoriales de diferente nivel.

Excepcionalmente el Ministerio de la Protección Social podrá autorizar la prestación de servicios de salud, en el sector público, mediante otros modelos de organización, siempre que se garanticen condiciones de sostenibilidad, calidad y eficiencia.

Artículo 58. De la contratación con las Empresas Sociales del Estado y su financiamiento.

A partir del año 2007 se observarán las siguientes reglas en la contratación con las ESE:

- a. Las EPS del régimen subsidiado contratarán el porcentaje mínimo obligatorio de la UPC con la red pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado.
- b. Las EPS del régimen contributivo contratarán los servicios que requieran de la red Pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado.
- c. Las Direcciones locales, distritales y departamentales de salud contratarán la prestación de servicios no cubiertos con subsidios a la demanda solo con Empresas Sociales del Estado, excepto cuando debidamente autorizadas por el Ministerio de Protección Social, por ausencia de capacidad resolutive de la red pública, deba hacerse con IPS privadas reconocidas y con no menos de 5 años de existencia legal.
- d. Toda Unidad Prestadora de Salud de carácter público que preste servicios financiados con los recursos de que tratan los literales anteriores, deberá pertenecer a una Empresa Social del Estado

Parágrafo.- El porcentaje mínimo obligatorio que deben contratar las EPS's del régimen subsidiado se hará solo con Empresas Sociales del Estado o con las fundaciones e instituciones de utilidad común que a la fecha de expedición de la ley 100 llevaban más de 10 años de contratar con el Estado la prestación de los servicios para la población pobre de acuerdo con la certificación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social a solicitud de la IPS.

Artículo 59. Requisitos para operar como Empresa Social del Estado.

Además de las formalidades para su constitución y el cumplimiento de los requisitos de habilitación de cada uno de sus servicios y Unidades Prestadoras de Salud, para ser Empresa Social del Estado se requiere:

- a. Estar integrada a la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.
- b. Contar con una población, en su área de influencia, de por lo menos 50.000 personas.

- c. Contar con un servicio de Hospitalización agregado o desagregado superior a 20 camas.
- d. Contar con Quirófano y sala de partos.
- e. Contar con servicio farmacéutico propio, contratado, concesionado o delegado, con puntos de entrega en las diferentes Unidades Prestadoras de Salud que la conforman.
- f. Contar al menos con 5 médicos generales y 5 enfermeros profesionales.
- g. Contar con un sistema de comunicaciones que integre las diferentes Unidades prestadoras de Salud.
- h. Contar con un sistema de información que permita Identificar y Clasificar al Usuario según el Sisben, comprobar derechos, registrar conforme a las normas la prestación de los servicios, facturar, generar indicadores y reportes obligatorios, integrando todas las Unidades Prestadoras de Salud que la conforman.

Parágrafo 1.- Las Empresas Sociales del Estado existentes a la fecha de expedición de la presente ley que no cumplan con los requisitos anteriores tendrán un plazo máximo hasta el 31 de diciembre de 2006 para ajustarse a lo aquí dispuesto.

Parágrafo 2.- Cuando un municipio no cuente con el mínimo de población exigido para contar con una ESE, o su IPS no cumpla cualquiera otro de los requisitos aquí previstos podrá asociarse con otros municipios y distritos para cumplir con los requisitos para crear la ESE.

Parágrafo 3.- Cuando coexistan ESE's de 2º. Nivel y 1er. Nivel en un municipio que estos podrán integrarse en una sola ESE de propiedad del departamento y los municipios que se asocien.

Parágrafo 4.- Las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud que no se hayan constituido en Empresa Social del Estado, tendrán que transformarse antes del 31 de diciembre de 2006. 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.

Artículo 60. **Manual de tarifas**

El Gobierno Nacional, previo concepto técnico de los asesores permanentes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley un manual de tarifas expresado en salarios mínimos diarios vigentes, por debajo del cual en ningún caso se podrá contratar la prestación de servicios a las EPS's encargadas del aseguramiento. Para ello adelantará estudios que tengan en cuenta las estructuras de costos, tanto de la red pública como privada y desarrollará un sistema único de códigos de procedimientos de Salud.

Parágrafo 1: Este manual aplicará de manera obligatoria para entidades públicas y privadas. Su no observancia se convertirá en práctica no permitida o atentatoria contra la competencia y será investigada y sancionada por la SUPERSALUD.

Parágrafo 2: La política tarifaria será parte integral de la política de garantía de calidad, generándose incentivos para aquellas IPS con resultados destacados o aquellas que resultaran ubicadas en los primeros puestos del escalafón hospitalario que debe diseñar y promulgar el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3: El Ministerio de Protección Social podrá diseñar un sistema de clasificación de IPS por categorías con base en indicadores de calidad y que relacione la categoría básica con el mínimo tarifario, de manera que incentiven a las IPS para ascender de categoría.

Parágrafo 4: El Gobierno Nacional establecerá en un término no mayor de doce (12) meses después de sancionada y publicada la presente Ley la clasificación y escalas salariales de los servidores del área de la salud, teniendo en cuenta entre otros, aspectos tales como, tiempo de servicios en el sector y en la institución, formación y capacitación.

Artículo 61. **Del Sistema Contable.**

El Gobierno Nacional establecerá a más tardar en el primer año a partir de la expedición de la presente ley un sistema contable unificado, que permita registrar los costos y gastos de los servicios ofrecidos y adoptar un Plan Único de Cuentas para todas las IPS.

CAPITULO VI

LA SALUD PÚBLICA

Artículo 62. **De los servicios de Salud Pública**

Sin perjuicio del concepto amplio de que trata el artículo 2 de la presente ley, los servicios de salud pública, en sentido estricto, incluyen las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo y fomento de factores protectores, así como las acciones en patologías de interés en salud pública, las funciones de soporte, incluyendo la vigilancia en salud pública, la vigilancia de factores de riesgo del ambiente y del consumo, y el control de gestión de las acciones de interés en salud pública, los cuales se prestarán bajo la regulación y control del Estado. Para su correcta organización y prestación se distinguen los servicios de carácter individual y los de carácter colectivo.

Artículo 63. **Situación de Salud y Plan de Salud Pública**

Es responsabilidad del Estado, en los diferentes niveles territoriales y con la participación de todos los sectores, mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud de la población. Este diagnóstico debe identificar necesidades y problemas **y áreas epidemiológicas** que afectan la salud y el bienestar del individuo y la colectividad.

Con base en este diagnóstico, el Ministerio de la Protección Social definirá el Plan de Salud pública para cada cuatrienio que hará parte del Plan Nacional de Desarrollo. Este debe formular y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo las prioridades de interés en salud pública, las metas de cobertura de aseguramiento y acceso a servicios, la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad, los planes de Beneficios y demás intervenciones requeridas tendientes a controlar o minimizar los riesgos y orientar el acceso a los servicios de atención.

A partir del Plan de Salud Pública, establecido por el Ministerio de la Protección Social, será responsabilidad del Departamento, en conjunto con los municipios su ajuste a las condiciones epidemiológicas locales.

Artículo 64. **De los servicios de Salud Pública de carácter individual o familiar**

Los servicios de salud pública de carácter individual y familiar serán prestados **obligatoriamente** y de manera integral a través de las Entidades Promotoras de Salud, para los afiliados al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado, de conformidad con las normas de calidad y metas mínimas de cumplimiento que establezca el Ministerio de la Protección Social. No obstante, el Estado deberá garantizar la cobertura universal en la prestación de estos servicios. **Esta prestación de servicios de la salud pública individual será con cargo a la UPC**

(APROBADO)

Artículo 65. **De los servicios de Salud Pública Colectiva**

Los servicios de salud pública de carácter colectivo estarán a cargo de las entidades territoriales del orden nacional, departamental, distrital y municipal, a través del Plan de Salud pública Colectiva que como un componente del plan de salud pública, será gratuito y obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional y dirigido a las colectividades que compartan determinados factores de riesgo.

Este plan incorporará acciones que fortalezcan los factores protectores y hábitos de vida saludables, el fomento y promoción de la salud, la prevención y control de los riesgos del consumo, de establecimientos y espacios públicos, del agua, residuos sólidos y líquidos, los factores de riesgos físicos, químicos, biológicos y

psicosociales, las actividades relacionadas con el control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles y de interés en salud pública, subsidiariamente con los planes individuales, búsqueda activa de casos y contacto de enfermedades de interés en salud pública, la investigación y control de brotes y epidemias.

Artículo 66. **Del Plan de Salud Pública Colectiva**

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 la ley 715 de 2001, su contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social de acuerdo con 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.

Una vez establecidas para cada Entidad Territorial, las actividades del Plan de Salud Colectiva, éstas serán contratadas por las entidades territoriales con la red pública prestadora de servicios de salud, con cargo a los recursos que a su nombre existan en la subcuenta territorial de salud pública del FOCOS. Excepcionalmente, estas acciones podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad y experiencia no inferior a 5 años, prioritariamente regionales y locales, cuando apliquen y cumplan con los requisitos establecidos.

Parágrafo 1.- El Gobierno Nacional reglamentará la proporción de recursos que como mínimo cada nivel territorial deberá apropiar para el desarrollo de las funciones de soporte en salud pública, diferenciándolos de los que se destinarán para las demás acciones del Plan de Salud Colectiva.

(APLAZADO)

Artículo 67. **Del Soporte técnico-científico al Plan de Salud Colectiva:**

Los organismos adscritos al Ministerio de Protección Social deberán brindar como instancias técnico-científicas de referencia en salud pública la información pertinente para definir las prioridades y políticas del plan de salud pública Colectiva y brindar la asesoría correspondiente a todos los niveles territoriales responsables de la ejecución del Plan de Salud colectiva y en particular:

- a) El Instituto Nacional de Salud en las investigaciones, básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre el estado de salud, control de problemas de salud pública, coordinación y Vigilancia de la Red de Nacional de Laboratorios de Salud Pública y el Sistema de Vigilancia epidemiológica, y el suministro oportuno de los productos biológicos necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de interés en salud pública.

- b) El INVIMA en labores de control de los riesgos de los medicamentos, alimentos, cosméticos, bebidas alcohólicas y de insumos médicos en el país, y vigilancia de la Red de Nacional de Laboratorios de Salud Pública y la Vigilancia epidemiológica en lo referente al control de los riesgos del consumo.
- c) El Instituto Nacional de Cancerología, en lo que corresponde a investigaciones, básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre el cáncer y labores de control del cáncer en el país, así como coordinación y vigilancia de la Red Nacional de Cáncer.
- d) El Instituto Colombiano de Bienestar familiar en los temas de seguridad alimentaría, las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas correspondientes, así como el suministro adecuado y oportuno en los diferentes programas alimentarios y su Vigilancia.
- e) La ESE Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, la ESE Agua de Dios y la ESE Contratación en las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre lepra, leishmaniasis, tuberculosis y otras patologías de importancia en salud pública y las labores de control de las mismas.
- f) El Fondo Nacional de Estupefacientes en las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre uso de medicamentos sujetos a control así como la promoción de la salud en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y la provisión de insumos y medicamentos de control.

CAPITULO VII

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

Artículo 68. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto articulado de agentes, normas y procesos para lograr los siguientes objetivos:

- a. Proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en particular, su derecho al seguro de salud, de acceso a los servicios, información y calidad en los mismos y libre elección, entre otros.
- b. Vigilar la generación de los recursos que por la constitución y la ley deben destinarse a la salud y su completa y oportuna transferencia al sector salud en el nivel que corresponda.
- c. Vigilar y garantizar la adecuada, oportuna y eficiente administración y aplicación de los recursos para la salud por las entidades competentes, tanto en Seguros contributivos, Subsidios a la demanda y a la oferta y salud pública colectiva.

- d. Vigilar y promover el mejoramiento integral de la calidad de la atención en todos los actores involucrados en el aseguramiento, la provisión de servicios y la rectoría del sistema.
- e. Vigilar el cumplimiento de las reglas y condiciones para la competencia regulada en el Sistema y en particular los procesos de afiliación, compensación, contratación y pagos y comprobación de derechos.
- f. Proteger y promover la participación social y la rendición de cuentas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- g. Asegurar el acatamiento, por parte de los entes vigilados, de las normas que rigen su actuación en el sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 69. **Ejes del Sistema.**

El sistema de inspección, vigilancia y control se organizará de acuerdo con los siguientes ejes, orientando sus actividades dentro de cada uno a los macroprocesos y procesos prioritarios previamente identificados:

Eje de Generación de recursos financieros del sector salud. Su finalidad es velar por la eficiencia en la generación y efectiva transferencia de los recursos del sector.

Eje de Seguros Contributivos y oferta privada de servicios de salud. Su finalidad es velar por los derechos de los usuarios y el cumplimiento de las normas que deben observar aseguradores y prestadores.

Eje de Subsidios en salud. Su finalidad es velar por de los derechos de los usuarios y el cumplimiento de las normas respectivas por aseguradores, prestadores y entes territoriales, incluyendo las acciones de salud pública colectiva.

Eje de acciones y medidas especiales.

Artículo 70. **Organismos de Inspección, Vigilancia y Control intrasectorial.**

Los siguientes son organismos que tienen asignadas las competencias de Vigilancia, Inspección y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, el Instituto Nacional de Salud INS, las entidades territoriales y los Tribunales de Ética.

Artículo 71. **Sujetos de Control.**

Son sujetos de Control de la Superintendencia de Salud y del Sistema de Inspección Vigilancia y control, todas las personas naturales y jurídicas, publicas,

privadas o mixtas que estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y aquellas que cumplan funciones de aseguramiento, financiamiento, dirección del Sistema, generación, transferencia, gestión, programación y ejecución de recursos, prestación y control de los servicios de salud individual y colectivos, inclusive los que operen en regímenes excepcionales o excluidos por la ley 100 de 1.993.

(APROBADO)

Artículo 72. **Dirección del Sistema de Inspección Vigilancia y Control.**

El órgano director del Sistema de Vigilancia, Inspección y Control será la Superintendencia Nacional de Salud, organismo adscrito al Ministerio de Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

La Superintendencia Nacional de Salud en su estructura desconcentrada contará con Delegaciones en los departamentos con más de un millón de habitantes. Para los casos en que no se cumpla el requisito anterior habrá una misma Delegación para dos o más departamentos.

(APROBADO)

Artículo 73. **Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.**

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

- a. Dirigir el Sistema de Inspección, Vigilancia y control.
- b. Ejercer la vigilancia, inspección y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud.
- c. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de normara en la implementación de las políticas, planes, programas y proyectos del Sistema.
- d. Establecer un sistema de indicadores que permita la evaluación de los vigilados, la identificación de situaciones de riesgo y la adopción oportuna de medidas correctivas
- e. Aplicar el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como divulgar los resultados obtenidos en estos procesos.
- f. Ejercer vigilancia, inspección y control sobre las fuentes de financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga y del FOCOS, así como sobre la efectiva explotación de los monopolios rentísticos, generadores de recursos con destino a la salud y su oportuna transferencia.

- g. Vigilar, inspeccionar y controlar el manejo y destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia.
- h. Vigilar, las funciones y competencias de vigilancia, inspección y control atribuidas a las direcciones territoriales de salud.
- i. Dirimir los conflictos que se presenten entre las entidades vigiladas y las direcciones territoriales de salud en el ejercicio de sus competencias de vigilancia, inspección y control.
- j. Fortalecer los mecanismos de control social sobre el Sistema General de Seguridad Social en salud.
- k. Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros, indicadores de desempeño, informes de gestión, y demás informaciones establecidas por las disposiciones legales, de las entidades vigiladas
- l. Articular las actuaciones a que haya lugar con las demás entidades de control, acorde con sus competencias.
- m. Ejercer funciones especiales de policía judicial y como autoridad de policía administrativa, de conformidad con el artículo 202 del Código de Procedimiento Penal,(ley) el Decreto 1355 de 1970 y las normas que lo modifiquen o adicionen.
- n. Ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos, cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones prestadoras de salud de cualquier naturaleza, así como intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud, en los términos de la ley y los reglamentos.
- o. Ejercer la facultad de ejecutar por jurisdicción coactiva, de conformidad con las normas vigentes, el cobro de las tasas, contribuciones o multas a que hubiere lugar.
- p. Dictar órdenes, emitir instrucciones y aplicar las sanciones respectivas, relacionadas a aquellos asuntos que son objeto de su competencia, de acuerdo con las normas legales.
- q. Autorizar el funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud para el Régimen Contributivo o para el régimen Subsidiado y entidades de medicina prepagada, en concordancia con la normatividad vigente.
- r. Practicar visitas, a los entes vigilados para lo cual podrá utilizar todos los medios de prueba previstos en las normas procedimentales con el fin de

obtener un conocimiento integral y esclarecer los hechos para la toma de decisiones a que haya lugar.

- s. Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas en el Código de Procedimiento Civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones. En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil.
- t. Imponer en desarrollo de sus funciones, las siguientes sanciones:
 - ❖ Amonestación escrita.
 - ❖ Multas sucesivas graduadas, a los representantes legales y demás funcionarios de las entidades vigiladas, entre cien (100) y mil (1.000) salarios mínimos diarios legales vigentes a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.
 - ❖ Multas sucesivas a las entidades y organismos vigilados hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios mínimos diarios legales vigente en la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.
 - ❖ Multas hasta de 2.000 salarios mínimos mensuales legales vigentes a la fecha de la expedición del acto administrativo, a los representantes legales de los departamentos, distritos y municipios, directores de salud, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales. El pago de las multas debe hacerse con recursos de su propio pecunio, y en consecuencia no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen. (disposición contenida de la ley 715)
- u. Sancionar con multas sucesivas hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía a:
 - ❖ los empleadores que incurran en cualesquiera de las siguientes conductas: no inscribir en una entidad promotora de salud a todas las personas con las que tenga vinculación laboral; no pagar cumplidamente los aportes de salud; no descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio; no girar oportunamente los aportes y cotizaciones a la entidad promotora de salud de acuerdo con el reglamento; no informar las novedades laborales de sus trabajadores y no garantizar un medio ambiente laboral sano que permita prevenir riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad social industrial y la observancia de las normas de salud ocupacional y seguridad social;

- ❖ las entidades públicas o privadas que presten el servicio de salud, independientemente del sector a que pertenezcan, que no suministren la atención inicial de urgencias a cualquier persona que lo necesite, sea cual fuere su capacidad de pago;
- ❖ las empresas promotoras de salud que no cumplan cualquiera de las siguientes funciones: promover la afiliación de grupos de población no cubierta por la seguridad social; organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud; aceptar como afiliado a toda persona que solicite afiliación y cumpla los requisitos de ley; definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado o su familia; remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios; establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios y las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
- ❖ las entidades que no manejen los recursos de la seguridad social, originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de las entidades;
- ❖ las entidades promotoras de salud que en forma unilateral, terminen la relación contractual con sus afiliados o nieguen la afiliación a quien desee ingresar al régimen garantizando el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario de conformidad con el reglamento,
- ❖ las entidades que celebren acuerdos o convenios o realicen prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- ❖ las entidades o personas que pretendan adulterar la base de liquidación con el objeto de evadir total o parcialmente el pago de sus obligaciones en materia de salud;
- ❖ los empleadores que atenten contra el derecho a la libre escogencia de entidad promotora de salud respecto a sus trabajadores;
- ❖ las entidades promotoras de salud que no adelanten los procesos para la implantación de sistemas de costos y facturación o que no se sometan a

las normas en materia de información pública a terceros, con el objeto de garantizar la transparencia y

- ❖ competencia necesaria dentro del sistema, y
- ❖ las entidades que no acaten el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud que expida el Gobierno Nacional.

(APROBADO)

Artículo 74. **Recursos de Operación de Supersalud.**

La Superintendencia contará para su operación con los recursos provenientes de la tasa establecida en el artículo 98 de la ley 488 de 1.998. Anualmente el gobierno Nacional le asignará en el presupuesto Nacional, como mínimo, un monto igual al recaudado por la tasa en la vigencia del año inmediatamente anterior, adicionados en los recursos provenientes del 0,5% de que trata el literal i del artículo 39 de la presente Ley.

(APROBADO)

Artículo 75. **Red de Controladores.**

Crease la red de controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la cual formaran parte la Superintendencia Nacional de Salud, la Fiscalía General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, **y la oficina anticorrupción de la Presidencia de la República** con el fin de facilitar la coordinación de las acciones, promover la economía de los procesos y la adopción oportuna de decisiones. En un termino inferior a los cuatro meses después de expedida la presente ley, el gobierno nacional en coordinación con los organismos de control señalados, reglamentara el funcionamiento de la red.

Parágrafo: La Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y la Procuraduría General de la Nación, y **la oficina anticorrupción de la Presidencia de la República, defensoría del pueblo** mantendrán cada una de ellas delegado **por cada entidad** ante la Superintendencia Nacional de Salud, para facilitar la operación de la red de controladores y propiciar la celeridad en la toma de decisiones.

(APROBADO)

CAPITULO VIII
SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Artículo 76. **Definición.**

El Sistema Integral de Información en Salud – SIIS- es el conjunto interrelacionado de usuarios, datos, normas, procesos, procedimientos y recursos del Sistema que generan y disponen información veraz, integrada y oportuna sobre los procesos esenciales de aseguramiento, financiamiento, oferta y demanda de servicios, prestación de servicios, vigilancia de la salud pública y participación social y los procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del Sistema.

El Sistema Integral de Información en Salud tendrá los siguientes objetivos:

- a. Articular e integrar a los diferentes agentes públicos y privados, nacionales y extranjeros que generan datos para el SGSSS, mediante el establecimiento único de estándares, normas de registro, almacenamiento, flujo y disposición de la información.
- b. Ser la herramienta base de información para la generación de políticas, hacer seguimiento, evaluación y control de los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del impacto de sus acciones en el control de los factores de riesgo y nivel de salud de la población.
- c. Ofrecer a la población información actualizada acerca de los procesos de Aseguramiento, Financiamiento, Oferta de Servicios de Salud de carácter individual y colectivo, para disminuir la asimetría de información existente y fortalecer los procesos de control social y el ejercicio de los derechos y deberes del ciudadano en materia de salud.

La operación y el desarrollo del Sistema de Información en Salud se regirán para todos los efectos por lo establecido en la Ley 797 de 2003 y las disposiciones que la adicionen modifiquen o complementen.

Artículo 77. **De los Agentes del SIIS.**

Serán agentes del SIIS todas aquellas personas e instituciones responsables del aseguramiento, el financiamiento y prestación de servicios de salud de carácter individual o colectivo y los organismos de dirección y control del SGSSS. Son agentes, también, las personas e instituciones pertenecientes a los regímenes especiales

Artículo 78. **Funciones del Ministerio de la Protección Social.**

El Ministerio de la Protección Social será responsable de:

- a. Establecer una política de información para el SGSSS.
- b. Definir el diseño, la organización y funcionamiento del SIIS.
- c. Estandarizar los datos, flujos, procesamiento, y disposición de la información.
- d. Establecer la responsabilidad de generación de datos de cada uno de los agentes del SGSSS y demás normatividad que permita la operativización del SIIS

- e. Promover el desarrollo de la capacidad de cada uno de los agentes para el intercambio de datos, análisis y usos de la información.

Parágrafo: Las disposiciones sobre el registro, almacenamiento, flujo transferencia y disposición de la información por parte de los diferentes agentes del SGSSS serán de obligatorio cumplimiento y su violación generará responsabilidades de carácter penal, civil y disciplinario.

CAPITULO IX DISPOSICIONES FINALES

Artículo 79. Facultades extraordinarias

Otórguense facultades extraordinarias al Gobierno Nacional para que antes de seis meses contados a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley, expida un decreto ley que reglamente, adapte a la presente ley, el sistema de seguridad social en salud de las comunidades indígenas, acorde con sus propias formas y procedimientos, teniendo en cuenta los lineamientos básicos de la presente ley y cumpliendo los siguientes objetivos:

- a. Garantizar el acceso a los servicios, la adecuación sociocultural de los planes de beneficios y la adopción de un sistema de información acorde con sus necesidades sociales y culturales
- b. Garantizar el derecho a la salud integral de los pueblos indígenas
- c. Fortalecer las formas de organización en salud de los pueblos indígenas y sus órganos de control
- d. Adaptar los principios de la presente ley, al sistema de seguridad social en salud para los pueblos indígenas.

Parágrafo.- El Gobierno Nacional utilizará sus recursos técnicos propios o externos para que la adaptación de la presente ley en lo relacionado con la organización, el aseguramiento, el financiamiento, el sistema de información, la inspección vigilancia y control, la atención en salud a la población desplazada indígena y la salud pública colectiva, sean acordes con la idiosincrasia de los pueblos indígenas y que satisfagan sus necesidades en lo relacionado con el sistema de aseguramiento en salud.

Artículo 80. 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. En todo caso, los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se excluirán de la masa de liquidación.

Artículo 81. Prohibiciones

En ningún caso podrán pactarse o pagarse con cargo a los recursos de la UPC, pensiones de jubilación o beneficios pensionales adicionales o diferentes a los establecidos en el Sistema General de Pensiones. El Ministerio de Hacienda deberá asumir y girar oportunamente el pago de las mesadas correspondientes a los derechos extralegales de los antiguos trabajadores de las EPS's públicas.

ARTICULO NUEVO EN DISPOSICIONES VARIAS

PROPOSICIÓN ADITIVA

ADICIONACE UN ARTÍCULO Así:

Los Gobernadores y/o Alcaldes tendrán un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley, para proceder a la liquidación de mutuo acuerdo, en compañía de las ARS, los contratos que hayan firmado los Entes Territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado desde el inicio del mismo en cada Entidad Territorial.

El incumplimiento de lo anterior será causal de mala conducta y por lo tanto tendrá los efectos legales de la Ley disciplinaria.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los Entes Territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual a través de un arbitramento técnico se proceda a la liquidación.

ARTICULO NUEVO

El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente Ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados.

ARTICULO NUEVO: Prohibición de actos riesgosos que atentan contra la calidad de la prestación de servicios.

Quedan expresamente prohibidos todas aquellas prácticas premios y restricciones a los profesionales de la salud que con la finalidad de reducir los gastos pongan en riesgo la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad. El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis meses de expedida la presente ley reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

ARTICULO NUEVO: De las Cajas de compensación Familiar y las uniones temporales.

Las cajas de compensación familiar o las uniones temporales de cajas de compensación familiar que operen en el régimen subsidiado de salud podrán seguir haciéndolo con los afiliados que tengan y sin perjuicio de su autonomía y descentralización; siempre y cuando cumplan con las normas de habilitación y las que se establezcan en la presente ley.

Igualmente, las cajas de compensación que deseen constituir nuevas uniones temporales, adherirse o trasladarse entre ellas, podrán hacerlo en las mismas condiciones señaladas en el inciso anterior.

ARTICULO NUEVO: DEFENSOR DEL PACIENTE

Crease el defensor del paciente. Las EPS deberán contar con un defensor del paciente cuya función será la de ser vocero de ellos ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos relativas a la prestación de los servicios. Las Decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante. Esta instancia funcionará en cada uno de las entidades aseguradoras, elegido por los usuarios de las EPS Del régimen contributivo y subsidiado y su costo será asumido por la respectiva entidad de aseguramiento.

El gobierno nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la sanción y publicación de la presente Ley para reglamentar su estructura atribuciones y operatividad.

ARTICULOS NUEVOS: PARA INCLUIR EN EL CAPITULO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y EN LO REFERENTE A LAS ESES

ARTICULO NUEVO (1): Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (04) años, mediante proceso que deberá realizarse en los primeros seis (06) meses del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección por méritos, de una lista de elegibles.

Durante su período podrán ser removidos o retirados de acuerdo con lo previsto en las normas vigentes y a solicitud de la Junta Directiva con mayoría calificada, de acuerdo a la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis (06) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

PARÁGRAFO: En caso de vacancia absoluta de su gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará con el período del respectivo nominador.

PROPOSICION ARTICULO NUEVO

Los Gobernadores tendrían un plazo de un (1) año, a partir de la vigencia de la presente Ley, para organizar las redes públicas de prestación de servicios en sus respectivos Departamentos.

PROPOSICION ADITIVA

Inclúyase en el Proyecto de Ley 052/04 Senado el siguiente Artículo:

ARTICULO. Garantizar el acceso de los trabajadores y trabajadoras del arte y gestores y gestoras culturales al sistema de Seguridad Social Subsidiada en Salud en condiciones de equidad.

Se entiende como trabajador y trabajadora del Arte, toda persona que cree y participa en la creación o puesta en escena de obras artísticas, que contribuyan así

al desarrollo del arte y la cultura.

Se entenderá, como gestor y gestora cultural a toda persona encargada de la gestión y administración de recursos y proyectos artístico-culturales, que contribuyan así al desarrollo Artístico – Cultural del País y que pueda acreditar por lo menos cinco (5) años de dedicación a su actividad o a la pertenencia de un grupo u organización artística o cultural reconocida jurídicamente.

Artículo 82. Vigencia y derogaciones

La presente ley rige a partir de su sanción y publicación en el diario oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PROPOSICION

Teniendo en cuenta el pliego de modificaciones de ese primer debate al proyecto de ley 052/04 del Senado “Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de seguridad social en Salud y se dictan normas orgánicas en materias de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política” al anterior proyecto han sido acumulados los proyectos de ley 019/04 031/04, 033/04, 038/04, 054/04, 057/04, 058/04, 098/04, 105/04, 115/04 y 122/04 del

Del Señor Presidente,

Atentamente,

EDUARDO BENITEZ MALDONADO
Coordinador Ponente

DIEB MALOOF CUSE
Coordinador Ponente

ALFONSO ANGARITA BARACALDO
Senador Ponente

JESUS PUELLO CHAMIE
Senador Ponente

ANGELA COGOLLOS
Senadora Ponente

GUSTAVO SOSSA PACHECO
Senador Ponente

COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA.-, Bogotá D. C., a los veintiocho (28) días del mes de octubre del año dos mil cuatro (2004).- En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República.

El Presidente,
FLOR MODESTA GNECCO ARREGOCES

El Secretario,
GERMAN ARROYO MORA