



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XIII - Nº 654

Bogotá, D. C., miércoles 27 de octubre de 2004

EDICION DE 32 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

ANGELINO LIZCANO RIVERA
SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 147 DE 2004 SENADO

por medio de la cual se modifica la Ley 60 de 1982, estableciendo como sede alterna de la Universidad de la Amazonia la ciudad de Puerto Asís.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 2° de la Ley 60 de 1982, el cual quedará así:

Artículo 2°. De la naturaleza jurídica, el domicilio, la sede principal y la sede alterna. La Universidad de la Amazonia, es una institución de educación superior creada como establecimiento público del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Educación Nacional con domicilio en la ciudad de Florencia, capital del Departamento del Caquetá, en donde funcionará su sede principal y con sede alterna en la ciudad de Puerto Asís, departamento del Putumayo.

La Universidad de la Amazonia podrá establecer dependencias seccionales, en los lugares de la Amazonia colombiana cuyas necesidades de desarrollo así lo exijan.

Artículo 2°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

Guillermo Rivera Flórez,
Representante a la Cámara.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La Ley 60 de 1982 le asigna a la Universidad de la Amazonia una jurisdicción en los departamentos de Caquetá, Putumayo, Amazonas, Guaviare, Guainía y Vaupés estableciendo como sede principal la ciudad de Florencia. Desde 1982 a la época muchas circunstancias han variado, entre ellas, la composición demográfica de la región amazónica, por ejemplo la población en el Departamento de Putumayo ha aumentado ostensiblemente al punto de aproximarse muy de cerca a la población del Departamento de Caquetá. Resultaba lógico que en 1982 se estableciera como sede central de la Universidad la ciudad de Florencia pues esta ciudad era y es la capital del departamento más poblado de los que conforman el área de jurisdicción de la Universidad de la Amazonia además que en ella funcionaba una dependencia de la Universidad Surcolombiana que luego se convirtió en lo que hoy es la Universidad de la Amazonia, sin embargo, hoy por hoy la demanda de educación superior en el Putumayo ha aumentado a tal magnitud que no basta con

el establecimiento de ciertos programas sino que requiere la puesta en marcha de una sede de la Universidad. La ciudad de Puerto Asís, propuesta como sede alterna en el presente proyecto de ley, es en realidad el epicentro urbano del sur de la Amazonia Colombiana, es el último puerto fluvial y aéreo en la frontera con Ecuador, a este municipio confluyen los de Orito, Valle del Guamuez, San Miguel, Puerto Caicedo y Puerto Leguizamo con una población que sumada asciende a los 394.367 y con una demanda de educación superior que se aproxima a los 1.594 estudiantes. Es más si comparamos la población total del Departamento del Caquetá con la de Putumayo encontramos que el Caquetá tiene 455.508 habitantes aproximadamente, luego no es justo que del total de recursos de la Universidad se gaste aproximadamente el 90% en su sede central y apenas el 10% en los programas ofrecidos en el Putumayo.

Para darle mayor solidez a la argumentación anterior es importante recordar que en la Ley del Plan de Desarrollo se introdujo una importante modificación a la Ley 99 de 1993 (Ley del Medio Ambiente) en el sentido de obligar a Corpoamazonia, autoridad ambiental de los Departamentos de Putumayo, Caquetá y Amazonas con sede principal en Mocoa, a distribuir en partes iguales su presupuesto entre los tres departamentos bajo el argumento de que la mayor parte de los mismos se invertían en Putumayo por ser Mocoa su sede central, olvidando los proponentes de esta modificación que Putumayo por tener recursos de regalías del petróleo es el mayor aportante a la Corporación, es decir, ahora con los recursos de las regalías de Putumayo se financia política ambiental en Caquetá y Amazonas, pero independientemente de esos reparos es preciso entender que a quienes propusieron dicha enmienda los animó el propósito de equidad entre los tres departamentos, pues bien lo mismo ocurre con este proyecto de ley, es decir, buscamos mayor equidad frente a la oferta de educación superior de la región. Muchos podrán preguntarse por qué una ciudad en Putumayo y no otra en cualquiera de los departamentos del área de jurisdicción de la Universidad, la respuesta lógica, Putumayo después de Caquetá es el departamento con mayor demanda de educación superior, no ocurre lo mismo con Amazonas que tiene apenas dos municipios y 507 alumnos en último grado de bachillerato y sin embargo, cuenta con programas de la Universidad Nacional, o Vaupés que cuenta con apenas tres municipios y una demanda de 133 alumnos, o Guainía con un municipio y 94 alumnos en último año de bachillerato o Guaviare con 255 alumnos en cuatro municipios. En fin por su composición demográfica y en consecuencia su alta demanda de

educación superior resulta claro que es en el Putumayo donde se requiere una sede alterna y Puerto Asís por ser el municipio con el mayor número de habitantes de este departamento y por congregarse a su alrededor la mayor población del mismo.

Un argumento adicional deviene de la difícil realidad fiscal por la que atraviesa la Nación que hace impensable la creación de nuevas universidades oficiales que a su vez obliga a optimizar en término de cobertura las existentes, como en este caso la Universidad de la Amazonia.

Finalmente, es preciso subrayar que con este proyecto no se está violando el principio constitucional de la autonomía universitaria pues no se inmiscuye en la orientación académica de la Universidad ni en el ejercicio libre de la cátedra universitaria, simplemente se intenta a través de una modificación de la ley de creación de la Universidad de una nueva sede atendiendo las nuevas realidades demográficas de la región para la cual fue creada la Universidad sin que ello implique mayores erogaciones fiscales.

Guillermo Rivera Flórez,
Representante a la Cámara.

SENADO DE LA REPUBLICA
SECRETARIA GENERAL
Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., octubre 25 de 2004

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 147 de 2004 Senado, *por medio de la cual se modifica la Ley 60 de 1982, estableciendo como sede alterna de la Universidad de la Amazonia la ciudad de Puerto Asís*, me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Sexta Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., octubre 25 de 2004

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Sexta Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Luis Humberto Gómez Gallo.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA
Secretaría General
(Arts. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día ... del mes de ... del año ... se radicó en este despacho el Proyecto de ley número ... de ..., con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por ...

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

* * *

PROYECTO DE LEY NUMERO 148 DE 2004 SENADO

por la cual se organiza la prestación de los servicios de salud y saneamiento ambiental en forma descentralizada, se establece el subsistema de salud familiar y comunitario, se modifica el Libro II del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO I

Objeto y principios específicos

Artículo 1º. *Objeto.* La presente ley desarrolla el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, estableciendo el Sistema de Atención

Familiar y Comunitaria, para la prevención de enfermedades catastróficas, cuyo ahorro que se obtenga permita la universalidad de la salud, la erradicación de la crisis hospitalaria y reestructurando el actual sistema, garantizando la calidad en la prestación de servicios de salud, bajo la estructura administrativa de las entidades territoriales, y la responsabilidad de los servidores públicos quienes prestarán sus servicios basados en la estandarización de procesos, organización, el correcto funcionamiento de las instituciones de salud, cumpliendo los postulados de la Constitución, la ley, los tratados internacionales y el código de ética profesional. Fortalece el subsistema de saneamiento ambiental, como un mecanismo preventivo de erradicar riesgos para la salud humana, a través de acciones conexas bajo el principio de unidad de Estado.

Artículo 2º. *Principios específicos.* Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 2º de la Ley 100 de 1993, el Sistema de Seguridad Social en Salud se regirá por los siguientes principios:

2.1 **Garantía Estatal.** El Estado garantiza la protección a la vida, la dignidad humana, la integridad física o psíquica, la salud, el saneamiento ambiental, medio ambiente y en general las obligaciones que son inherentes a la función social del Estado. Por tal mandato constitucional, que por esencia y conexidad es un derecho fundamental de todas las personas. Los servicios de la salud están a cargo del Estado a través de las entidades territoriales legítimamente constituidas y administrados por los servidores públicos competentes, quienes para lograr el principio de unidad de estado responderán y desempeñarán sus funciones basados en principios de coordinación, idoneidad, celeridad, transparencia, calidad, imparcialidad, objetividad, sin ninguna discriminación y en igualdad de condiciones, garantizando en todos sus procesos la responsabilidad social y solidaria del Estado.

2.2 **Eficacia.** Las Instituciones de la Salud, Públicas y Privadas, Empresas Sociales del Estado, y Entidades Promotoras de Salud prestarán sus servicios con calidad y cumplimiento, desarrollando los postulados y objetivos trazados por la Constitución y la ley, los planes de desarrollo, políticas de Estado y desarrollarán sus actividades dentro de los objetivos específicos y estándares de planeación, programación, indicadores de gestión y control de resultados. Lo mismo que sus actuaciones deben lograr metas de desempeño en la prestación del servicio. El ejercicio de la actividad profesional y administrativa tienen como objetivo principal lograr satisfacer acertadamente las necesidades del ser humano, previniendo las enfermedades y logrando los resultados positivos en los procedimientos curativos, reduciendo con prontitud los riesgos, la morbilidad y mortalidad de los pacientes tratados. Los recursos se manejarán y racionalizarán, de tal forma que el servidor público en el momento de su posesión o el particular antes de firmar un contrato deben garantizar la aplicación correcta de los recursos, en todos los procesos.

2.3 **Eficiencia.** Los servidores de la salud de las Entidades Territoriales, las Instituciones de Salud o Empresas Sociales del Estado, o Entidades Promotoras de Salud, optimizarán y aplicarán el uso de sus recursos financieros, humanos, de infraestructura, técnicos y científicos de tal manera que su utilización se aplique con celeridad y sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente; en la evaluación de resultados se deben lograr metas que superen los estándares de calidad y excelencia propuestos. La intermediación de los recursos financieros sin perjuicio de las acciones legales, constituye ineficiencia, lo mismo que el retardo en el pago de las obligaciones contraídas, son causales que rompen la objetividad social del Estado. La organización administrativa debe ser racional, adecuada e idónea en técnicas de gerencia pública, de tal manera que los recursos económicos permitan ocupar un mayor número de profesionales de la salud destinados a los servicios de prevención, promoción y atención en las actividades curativas, logrando una mayor cobertura y calidad en los mismos.

La evaluación en el cumplimiento de este principio es determinante para los procedimientos de asignación de mayores recursos por parte de la Nación, o los departamentos.

2.4 **Universalidad.** Todas las acciones y recursos destinados a la salud cumplen con el objeto social de garantizar a todas las personas el acceso al servicio integral de salud, clasificados en niveles de atención y con plena participación de la comunidad. En tal virtud constitucional y de acuerdo

con la disponibilidad de los recursos financieros es obligación permanente del Estado avanzar en el aseguramiento total de las personas en forma ascendente del primer nivel de complejidad a los superiores y con prioridad a las personas vulnerables, hasta alcanzar la cobertura general para lo cual se deben emprender todos los esfuerzos para lograr este principio.

2.5 Solidaridad Social. Los servicios de salud se prestarán en forma gratuita a quienes no cuenten con los recursos suficientes para su financiación. En este principio se establece que los recursos de los subsidios en salud se destinarán a financiar prioritariamente la seguridad social en salud a las personas más pobres y vulnerables focalizadas en los estratos 1, 2, 3 del Sisbén sin capacidad de pago que no estén cubiertas por ningún plan. A los niños menores de un año, disminuidos físicos, sensoriales, psíquicos, adultos mayores de sesenta (60) años se les prestará una atención gratuita, obligatoria y calificada a todo nivel. En forma ascendente se subsidiará del primer nivel de atención y del estrato 1 del Sisbén, a los desplazados por la violencia, personas desempleadas, campesinos y personas ubicadas en áreas de violencia y en general a los más desprotegidos. Para tal propósito quienes devenguen salarios superiores a cinco (5) salarios mínimos mensuales vigentes, contribuirán a subsidiar a las personas más pobres. Con el fin de contribuir en la aplicación de este principio las entidades territoriales, podrán constituir fondos de solidaridad y ayuda mixta, para financiar gastos de tratamientos catastróficos, medicamentos y gastos no cubiertos por el POS, planes complementarios de alimentos, vestido y vivienda temporal.

2.6 Descentralización y economía. Bajo este principio los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se deben transferir directamente, a las Secretarías de Salud Departamentales o Fondos Municipales de Salud y a la vez se cancelarán las obligaciones a las Instituciones o Empresas Sociales del Estado con prontitud y celeridad, estas deben adelantar su ejecución en forma directa, minimizando sus costos y procesos sin perjuicio de cumplir con los principios de transparencia, objetividad y control fiscal. De igual forma la prestación de servicios y de administración del régimen subsidiado se prestarán directamente por las Secretarías de Salud o Asociaciones de Departamentos, Fondos Municipales de salud, Empresas Sociales del Estado de naturaleza Departamental, Distrital o Municipal en forma descentralizada y el régimen contributivo por EPS públicas o privadas sin ánimo de lucro.

2.7 Especialidad y calidad. Los servicios de salud y su administración de los recursos del régimen subsidiado y contributivo, se prestarán con calidad y en igualdad a todos los habitantes residentes en Colombia. La prestación de los servicios estará a cargo exclusivamente de instituciones de salud cuyo único objeto social sea su especialidad en Prestación de Servicios de Salud. Las EPS privadas prestarán sus servicios bajo los mismos parámetros. Los servidores públicos de la salud estarán integrados por profesionales y técnicos de la salud que cumplan y acrediten requisitos de idoneidad, calidad y experiencia. En sus evaluaciones participará la comunidad beneficiaria de los servicios y en estas pruebas deben demostrar resultados de eficiencia, calidad y cumplimiento. Los servidores públicos de la salud deben demostrar altas capacidades en relaciones humanas y ética profesional para garantizar la excelencia en la atención a la población. En la misma forma sus administradores deben demostrar capacidades en Gerencia Pública y técnicas de administración, el personal técnico o secretarial debe acreditar su título de instituciones autorizadas y el personal operativo debe cumplir con los conocimientos que deben ser comprobados, sin perjuicio del personal que en la actualidad cuenta con la suficiente experiencia. Las instituciones privadas que presten los servicios de salud, igualmente cumplirán este principio.

2.8 Familia y comunidad. Las instituciones de salud y sus servidores públicos de salud deben centrar sus objetivos y actividades en su relación familia y comunidad. Por ser la medicina familiar el primer contacto entre el individuo y el profesional de la salud, en el que participa la familia y la comunidad como parte integral de la solución del paciente, se debe promover el autocuidado y la consolidación de procesos educativos y unidad de esfuerzos para prevenir la enfermedad, cambiar hábitos alimentarios sociales y culturales que afecten la salud. Las actividades de medicina familiar y comunitaria se fundamentan en un compromiso holístico por la persona y familia, estableciendo una relación que facilite la continuidad en sus tratamientos, en lograr que sus pacientes sean

personas sanas y saludables, garantizando procedimientos de referencia y contrarreferencia para su atención en el nivel de complejidad respectivo y poscontrol para lograr su recuperación total. Estos procesos se definen en el comienzo de la historia clínica y su continuidad en la conformación del árbol familiar, Ecomapas y a través del APGAR Familiar se evaluará el funcionamiento sistémico de la Familia.

2.9 Coordinación y conexidad. En virtud de este principio las entidades territoriales a través de sus servidores públicos deben armonizar sus procedimientos y actos administrativos, de tal manera que los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud y en las diferentes formas de organización se actúe como un todo y bajo el principio de unidad de Estado, cumpliendo con objetividad, celeridad, y economía, evitando conflictos o utilizando procedimientos que dilaten o alteren los resultados de eficacia y eficiencia, descentralización y economía. Todas las acciones o actividades a fines que tengan relación con la salud y que adelantan las entidades territoriales del Estado se deben coordinar unificadamente o interrelacionar para mejorar los hábitos de salud de las personas. Las actuaciones de los servidores públicos del Estado que expidan actos administrativos deben guardar conexidad para la protección de la vida y salud de los habitantes del territorio nacional, por lo tanto se prohíbe otorgar permisos, licencias ambientales o sanitarias que coloquen en mínimo riesgo la salud de las personas.

2.10 Complementariedad y concurrencia. En los casos en que las entidades territoriales no obtengan o cuenten con los recursos suficientes para la prestación de los servicios a su cargo, estas concurrirán a la entidad territorial que cuente con los recursos para su cabal funcionamiento. La Nación complementará y concurrirá a financiar, especialmente a los Municipios de sexta categoría. De igual forma financiará los eventos de promoción y prevención de vacunación, erradicación de epidemias, actividades del Plan Integral de Salud Pública, calamidades públicas o desastres naturales a todo nivel y en especial a la recuperación y sostenibilidad de la red hospitalaria, en todo caso bajo este principio los recursos del Estado se dispondrán oportunamente para la atención de los servicios de salud.

2.11 Adaptabilidad. Las infraestructuras de las instituciones que presten servicios de salud, se adecuarán según el plan de gradualidad, técnica y científica en su especialidad, para prestar sus servicios a sus beneficiarios con calidad y suficiencia. Las instituciones de salud constituidas en redes de atención de acuerdo con el nivel de complejidad, contarán con las dotaciones de equipos y materiales suficientes, para lo cual se debe garantizar su operación, mantenimiento y sostenibilidad, con la prohibición de permitir, construir o dotar instituciones que su finalidad no sea la especialidad del respectivo servicio y en el nivel correspondiente de complejidad. En todo caso toda institución gradualmente debe adaptar sus infraestructuras y equipos para lograr una calidad óptima, de conformidad a los criterios científicos y técnicos, que expida el Ministerio de la Protección Social en el área de salud, bajo las normas internacionales y del Icontec.

2.12 Responsabilidad social. Toda persona o servidor público o privado de institución de salud pública o privada, es responsable ante el Estado por el manejo adecuado tanto de los recursos como de los procedimientos a su cargo. Bajo esta responsabilidad social la persona o entidad que maneje inadecuadamente los recursos o procedimientos de salud, responde penal, fiscal, disciplinaria, civil y patrimonialmente por sus actuaciones en los términos definidos por la ley. La responsabilidad social tendrá alcances limitantes, por lo tanto los nominadores o responsables de la contratación no podrán nombrar o contratar a quienes en las pruebas de admisión no cuenten con la capacidad o idoneidad suficiente o en sus antecedentes hayan sido separados del cargo, por faltas irreparables en la aplicación de sus procedimientos colocando en riesgo la vida de los pacientes a su cargo, o haberse apropiado de dineros de la salud. La violación a este principio constituye falta gravísima al nominador o contratante.

2.13 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador, la afiliación de sus trabajadores a este sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleado o de capacidad de pago.

2.14 **Protección Integral.** El Sistema General de Seguridad en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, promoción, prevención, información, fomento de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud.

2.15 **Autonomía de las Instituciones.** Las Instituciones prestadoras de servicios de salud contarán, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, en cumplimiento de las disposiciones constitucionales y reglamentadas por la presente ley. El Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente.

2.16 **Participación Social.** El Sistema General de Seguridad en Salud, promoverá y estimulará la participación de la comunidad en la organización y control de las Instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, saneamiento ambiental y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de promoción y vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de los usuarios o beneficiarios, en las Juntas Directivas de todas las Instituciones de Salud Públicas o Privadas.

2.17 **Seguridad Ambiental.** Las actividades de saneamiento ambiental están dirigidas a prevenir riesgos, efectos y consecuencias en la salud humana y por conexidad a garantizar los derechos a la vida y al ambiente sano. En tal virtud toda autoridad, que expida permiso o licencia, llámese ambiental o sanitaria debe exigir licencia preventiva de riesgos de la salud, donde se garantice que la actividad a realizar no causará el mínimo riesgo a la salud de las personas. La inobservancia de las autoridades ambientales o competentes para expedir permisos o licencias ambientales o sanitarias será clasificada como causal de gravísima conducta.

CAPITULO II

Deberes y derechos de los beneficiarios, empleadores y servidores de la salud

Artículo 3°. *Deberes de los beneficiarios.* Son deberes de los beneficiarios al Sistema de Seguridad Social en Salud los siguientes:

3.1 Cumplir con las disposiciones establecidas en la Constitución Política, la ley, los decretos reglamentarios y demás normatividad vigente.

3.2 Velar por el autocuidado de su salud, de su familia y su comunidad.

3.3 Gestionar ante las autoridades competentes la afiliación de su núcleo familiar, para recibir los beneficios generales del sistema de régimen de seguridad social.

3.4 Autorizar los descuentos de su salario cuando se encuentre empleado, o tramitar sus aportes que se le asignen en el régimen subsidiado de salud o no vinculados.

3.5 Suministrar la información veraz, clara y completa sobre su familia y persona en lo social, económico y estado de salud.

3.6 Velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por su empleador, para que los aportes se cancelen en su totalidad y oportunamente.

3.7 Tramitar una sola tarjeta de identificación de salud y restringirse de duplicidades y fraudes en los procedimientos de aseguramiento y afiliación. La violación a este deber involucra al contraventor en las acciones penales y sancionatorias de conformidad con la ley.

3.8 Participar en las diferentes organizaciones de salud y vigilar para que los servidores públicos e instituciones de salud cumplan con los principios y postulados de la presente ley y sus reglamentos.

3.9 Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, las dotaciones, así como los servicios, prestaciones sociales y laborales.

3.10 Tratar en buena forma a los profesionales de la salud, aportar las informaciones que les soliciten, y prestar toda la colaboración requerida para facilitar sus funciones.

3.11 Asistir a las actividades de capacitación y orientación que se establezcan para mejorar su salud y la de su familia buscando una mejor calidad de vida.

3.12 Respetar la intimidad de las demás personas. Aplicar principios de solidaridad, y principios de relaciones humanas.

3.13 Evitar acciones que coloquen en riesgo su propia vida y la de los demás.

3.14 Asistir en forma periódica a consultas médicas generales para prevenir enfermedades y asistir puntualmente a los tratamientos y controles y no automedicarse ni cambiar los procedimientos que se le indiquen.

3.15 Asistir a las consultas o instituciones de salud en perfecto estado de higiene personal, ya sea corporal o de vestuario.

3.16 Mantener informados a las autoridades e instituciones de salud sobre su cambio de domicilio o de su familia y realizar los traslados correspondientes que se le exijan.

3.17 Abstenerse de adquirir medicamentos o tratamientos en lugares o establecimientos no autorizados por las autoridades competentes de las instituciones de salud.

3.18 Practicar disciplinas deportivas o físicas que mantengan su salud en buen estado.

3.19 Solicitar a las autoridades ambientales o sanitarias, audiencias públicas para oponerse o revocar licencias ambientales o sanitarias que coloquen en riesgo su salud y la de su familia.

Artículo 4°. *Derechos de los beneficiarios.* Todo colombiano participará en el Régimen de Seguridad Social en Salud, quienes estén empleados lo harán como afiliados en el régimen contributivo, quienes carezcan de recursos o empleo permanente, en el régimen subsidiado básico y complementario, los demás participarán temporalmente como vinculados: Los principales derechos de los beneficiarios son:

4.1 A ser afiliado a través de una institución de salud al sistema de beneficios de la seguridad social en salud.

4.2 A ser beneficiado con el plan obligatorio de salud y sus complementos.

4.3 A recibir una atención digna y con calidad profesional en un marco de relacionismo humano, solidario, de afecto y de resultados a su favor.

4.4 A participar en las diferentes organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a realizar la veeduría en todos los procedimientos y a que se le informe de las diferentes actuaciones.

4.5 A no ser vulnerados sus derechos que por esencia y conexidad son fundamentales para su salud.

4.6 A recibir los tratamientos, medicamentos, cuidados y demás procedimientos, en forma oportuna, eficaz y con calidad.

4.7 A escoger libremente la Entidad Promotora de Salud cuando tenga derecho.

4.8 A ser remitido con prontitud y adecuadamente al nivel de atención superior.

4.9 A ser atendido con prontitud en cualquier centro de atención de urgencias del territorio nacional.

4.10 A ser trasladado en las ambulancias en condiciones de seguridad y con la atención debida.

4.11 A que se le atienda su cita de acuerdo con la fecha, hora y número cronológico del turno en espera.

4.12 A que se le formule en forma clara y entendible los tratamientos, medicamentos y se le expliquen los procedimientos a seguir.

4.13 A que su núcleo familiar reciba los beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud, en igualdad de condiciones.

4.14 A no ser interrumpidos los tratamientos o procedimientos que afecten la recuperación de su salud.

4.15 A saber sobre su verdadero estado de salud y las opciones a seguir para su oportuno tratamiento y rehabilitación, además de autorizar sus intervenciones o procedimientos a seguir.

4.16 A no ser retenido en ningún centro asistencial de salud por no contar con recursos para cancelar servicios o copagos bajo ninguna circunstancia.

4.17 A garantizársele que el recurso humano de los profesionales en la salud, equipos, infraestructura, y en general todos los medios que se

utilicen para su tratamiento, recuperación y rehabilitación son los más idóneos, técnicos y científicos para preservarle el derecho a la vida.

4.18 A no ser interrumpido en su descanso cuando se halle como paciente en procesos de hospitalización.

4.19 A que los demás pacientes lo respeten en su intimidad, le sean solidarios, le presten su apoyo y afecto posible.

4.20 A recibir las visitas y apoyo de su familia y amigos de acuerdo con los reglamentos y su consentimiento.

4.21 A que ninguna autoridad del Estado permita que su medio ambiente se contamine, colocando en riesgo su salud y la de su familia.

Artículo 5°. *Deberes de los empleadores.* Como integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, los empleadores cualquiera que sea la entidad o institución en nombre de la cual vinculen a los trabajadores, deberán:

5.1 Inscribir en alguna Entidad Promotora de Salud, a todas las personas que tengan alguna vinculación laboral, sea esta, verbal o escrita, temporal o permanente. La afiliación colectiva en ningún caso podrá coartar la libertad de elección del trabajador sobre la Entidad promotora de salud, a la cual libremente seleccione el respectivo trabajador, de conformidad con el reglamento que adopte el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

5.2 De conformidad con el artículo 22 de la Ley 100 de 1993, la que sustituya o modifique el empleador deberá cumplir entre otras las siguientes funciones:

5.2.1 Pagar cumplidamente los aportes que le corresponden, de acuerdo con los plazos y metodología que fije el Gobierno Nacional.

5.2.2 Descontar de los ingresos laborales las cotizaciones que corresponden a los trabajadores a su servicio.

5.2.3 Girar en los plazos establecidos los aportes y las cotizaciones a la Entidad Promotora de Salud, de acuerdo con el reglamento que expida el Gobierno Nacional.

5.2.4 Informar las novedades laborales de sus trabajadores a la entidad a la cual están afiliados, en materias tales como, el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores. Así mismo, informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5.2.5 Garantizar un medio ambiente laboral sano, que permita prevenir los riesgos de trabajo y enfermedad profesional, mediante la adopción de los sistemas de seguridad industrial y las observancias de las normas de salud ocupacional y seguridad social.

Parágrafo. Los empleadores que no cumplan con lo dispuesto en el presente artículo, estarán sujetos a las mismas sanciones previstas en los artículos 22 y 23 del Libro Primero de la Ley 100 de 1993 o la que la modifique o sustituya. Además, los perjuicios por la negligencia en la información laboral, incluyendo la subdeclaración de ingresos, corre a cargo del patrono. La atención de los accidentes de trabajo, riesgos y eventualidades por enfermedad general, maternidad y ATEP serán cubiertos en su totalidad por el patrono en caso de no haberse efectuado la inscripción del trabajador o su familia y no girar oportunamente las cotizaciones a la entidad de aseguramiento social correspondiente.

Artículo 6°. *Derechos de los empleadores.* Los empleadores que realicen sus aportes a la seguridad social en salud en forma oportuna tendrán derecho a:

6.1 Que sus trabajadores reciban todos los servicios integrales de salud, contemplados en el plan obligatorio de salud, bajo los principios y parámetros establecidos en la presente ley y sean habilitados para laborar normalmente.

6.2 Recibir oportunamente la información sobre el estado de salud de sus trabajadores, sus incapacidades temporales o permanentes.

6.3 Ser remuneradas las incapacidades de los trabajadores que se establezcan en la presente ley.

6.4 Ser capacitados sus trabajadores en promoción y prevención de la salud, y recibir las actividades de los planes de salud familiar y comunitaria, lo mismo que el plan integral de salud pública y prevención de riesgos profesionales.

6.5 Que sus trabajadores y sus familias debidamente afiliados se les expida su tarjeta única de identificación en salud.

6.6 Recibir oportunamente copia del comprobante de pago y su correspondiente certificado, para el control correspondiente.

6.7 Que sus trabajadores y núcleo familiar reciban la prestación de servicios de Salud de acuerdo con la red prestadora, en el lugar más próximo a su residencia o lugar de trabajo.

6.8 Los demás derechos contemplados en la Constitución Política, leyes y disposiciones reglamentarias.

Artículo 7°. *Deberes de los servidores de la salud.* Toda persona pública, natural o jurídica que intervenga en la prestación de los servicios de la salud o su administración, que por conexidad tenga relación con la salud, se considera, “Servidor de la Salud” y está obligado a cumplir entre otros los siguientes deberes:

7.1 Cumplir con exactitud la Constitución, las leyes, tratados internacionales, decretos, directivas, circulares, ordenanzas, acuerdos, planes de desarrollo y demás reglamentos relacionados con el derecho en salud.

7.2 Cumplir con exactitud, diligencia y promover los principios y normatividad de la presente ley.

7.3 Aplicar ejemplarmente y cumplir el código de ética de los profesionales y servidores de la salud.

7.4 Aplicar con celeridad y cumplir el Código Unico Disciplinario.

7.5 Contar con los conocimientos, la preparación y la idoneidad suficiente para aceptar un cargo o un contrato para desempeñarse como servidor de la salud.

7.6 Acreditar la autenticidad de los títulos obtenidos en el momento de su posesión o antes de firmar un contrato sin ninguna alteración.

7.7 Establecer la póliza de garantía del buen manejo de los recursos, ya sean dineros o bienes del Estado, en una compañía acreditada por la Superintendencia del ramo, por el 100% de los mismos, antes de su posesión o de firmar cualquier contrato.

7.8 Estar habilitado, compatible y tramitar las certificaciones de los organismos de control y de registro profesional que así lo demuestren.

7.9 Acreditar mediante certificado de examen médico general, que antes de aceptar un cargo como servidor de la salud, posesionarse o de firmar un contrato, se encuentra habilitado en sus capacidades de salud para desempeñarlo.

7.10 Acreditar mediante declaración juramentada en notaría pública los bienes con que cuenta antes de posesionarse, firmar un contrato al momento de retiro o antes de liquidarse un contrato.

7.11 Responder y manejar bajo rigurosa custodia y estricta vigilancia todos los bienes tanto del Estado como de los trabajadores o particulares que se les coloquen bajo su responsabilidad.

7.12 Aprobar la prueba de inducción al servicio de salud, a la administración pública o a la contratación estatal.

7.13 Prestar los servicios a su cargo utilizando procesos de estandarización, metodologías de aplicación de políticas públicas, planeación, seguimiento y evaluación de resultados.

7.14 Rendir los informes en los plazos establecidos en forma veraz y objetiva demostrando la calidad del producto.

7.15 Prestar los servicios de salud en el nivel de atención y complejidad, de acuerdo con su capacidad científica asignada, cumpliendo con los manuales de funciones y procedimientos trazados.

7.16 Atender a los pacientes con decoro y bajo principios de relaciones humanas, demostrando la cultura del buen trato, entregando sus afectos, su calidad humana, su empatía y abnegación mejorando el autoestima de su paciente y recuperando su salud en forma sistémica.

7.17 Demostrar un alto grado de solidaridad y profesionalismo con las personas tratadas, buscando las soluciones más adecuadas, los tratamientos y manejo de un ambiente de confiabilidad para superar el dolor humano.

7.18 Salvar la vida de todas las personas sin ninguna distinción que en estado crítico acudan a los centros de urgencias, utilizando todas sus destrezas y procedimientos, garantizándole el derecho de preservar su vida.

7.19 Aplicar el sistema de referencia y contrarreferencia, responder por los traslados al nivel de complejidad superior, garantizando los medios de transporte y cuidado intensivo en forma oportuna y objetiva al lugar que cuente con la infraestructura adecuada.

7.20 Velar porque los pacientes al ser reclusos en los hospitales o centros de atención se les respeten sus derechos, su privacidad, sus tratamientos y en general su entorno sea el más adecuado para su recuperación.

7.21 Velar por la seguridad de todos los pacientes bajo su cargo, especialmente los bebés recién nacidos, personas discapacitadas o con trastornos mentales o en general las más vulnerables.

7.22 Llevar las historias clínicas de acuerdo con los parámetros establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social, en la cual se reflejen en letra clara y entendible los procedimientos efectuados, rubricados con la firma del profesional que atendió, el número de matrícula profesional o código respectivo.

7.23 Formular los medicamentos y procedimientos a seguir en forma clara y entendible, explicarle al paciente cómo aplicarlos o en su efecto al familiar responsable del autocuidado.

7.24 Establecer los contactos de interrelación del ADGAR familiar, ecomapas y árbol familiar con los pacientes para facilitar la cooperación en el entorno del paciente y buscar la recuperación rehabilitación y seguimiento de sus tratamientos.

7.25 Adelantar todas las actividades de promoción y prevención posibles en el área de influencia para prevenir los diferentes tipos de enfermedades.

7.26 Capacitarse y actualizarse permanentemente para obtener mejores resultados de sus servicios.

7.27 Facilitar y promover en los diferentes procesos de organización, dirección, evaluación, vigilancia y resultados la participación ciudadana y aportar las informaciones que la ciudadanía solicite.

7.28 Las demás que le deleguen las leyes, reglamentos, el Gobierno Nacional, Departamental y Municipal y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 8°. *Derechos de los servidores de la salud.* Sin perjuicio de los derechos contemplados en otras disposiciones los servidores de la salud tendrán derecho a:

8.1 Ser poseionados en sus cargos después de cumplir los requisitos contemplados en la normatividad vigente. O a firmar su acta de iniciación de trabajo si su vinculación fuere por contrato.

8.2 Ser afiliado conjuntamente con su núcleo familiar, inmediatamente al sistema de seguridad social en la diferentes modalidades establecidas en la ley y sus reglamentos.

8.3 Recibir para su utilización los uniformes o elementos de seguridad en salud que garanticen la protección de su salud y la de los pacientes.

8.4 Recibir con anterioridad al comienzo de sus labores la inducción correspondiente, manuales de funciones y procedimientos en forma escrita o electrónica, clara y entendible, por parte de sus nominadores o contratantes de conformidad con los parámetros establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

8.5 Recibir los equipos, materiales, elementos y demás bienes suficientes para prestar la debida atención en salud a su cargo.

8.6 Recibir puntual y oportunamente su salario, primas legales o extralegales y demás derechos adquiridos, de conformidad con las escalas de remuneración, establecidas en otras disposiciones o por el Gobierno Nacional.

8.7 No ser obligado a realizar ningún tipo de actividad fuera del horario de trabajo establecido por el Gobierno Nacional, que no sea remunerado como horas extras, dominicales, festivos o nocturnos.

8.8 Recibir un buen trato tanto de sus superiores, compañeros(as) de trabajo, o de los pacientes y familiares de personas tratadas.

8.9 Recibir el debido proceso en las actuaciones administrativas, disciplinarias, fiscales, penales o patrimoniales que se le adelanten en contra suya, lo mismo que en los trámites de la vía gubernativa.

8.10 Recibir la actualización y capacitación por parte del Estado y las instituciones de salud, en forma periódica y oportuna para mejorar su idoneidad y cumplimiento de sus deberes.

8.11 Mantener y aplicar los derechos humanos y tratados internacionales relacionados con el derecho al trabajo y protección de su vida y su familia.

8.12 Gozar de un ambiente sano en su trabajo y su entorno que garantice su vida saludable y propenda por un mejor rendimiento en sus labores.

8.13 Los profesionales de la salud se les respetará su autonomía frente al tratamiento en relación medico paciente.

8.14 Que se les concedan los permisos a que tiene derecho para cumplir sus obligaciones, personales o de familia.

8.15 No ser interrumpido en sus vacaciones o días de descanso, sin perjuicio de casos de fuerza mayor o fortuitos.

8.16 Disponer del tiempo asignado para tomar sus alimentos, tratamientos de salud o asistencia médica.

CAPITULO III

Definiciones

Artículo 9°. Sin perjuicio de las definiciones contempladas en la Constitución y las leyes o en las que las modifiquen o sustituyan; las normas, actividades y procedimientos se definen de la siguiente forma:

9.1 **Niveles de atención.** Los niveles de atención son la organización y clasificación de los servicios, de acuerdo con su complejidad, en los cuales se establecen las funciones, los procedimientos, el equipamiento, el personal profesional para la adecuada atención, el tratamiento preventivo, la recuperación, la rehabilitación y el control de la salud.

9.2 **Subsistema de salud familiar y comunitario.** Se refiere al primer contacto entre los profesionales de la salud y el paciente, donde se establece el comienzo del diagnóstico incluyendo el estudio emocional, socioeconómico y del entorno a través del árbol, ADGAR familiar y Ecomapa de la persona, para detectar las causas, determinando su autocuidado, tratamiento, recuperación y seguimiento en los controles. Donde participa el Estado a través de los agentes de salud, sus instituciones de salud públicas y privadas, la familia como núcleo fundamental de la sociedad y la comunidad en sus diferentes formas de organización, para lograr la vida saludable de los seres humanos, previniendo y controlando los riesgos de la salud para garantizar el derecho a la vida.

9.3 **APGAR Familiar.** El APGAR Familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia; es útil en la identificación de las familias a riesgo; se caracteriza por ser la determinante que identifica la situación real e integral de la persona en el contexto de la familia y significa: Adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto, recursos, esta relación permite al tratante establecer estrategias de involucrar a la familia y la sociedad en la rehabilitación, superación participativa y afectiva que acompañan integralmente los tratamientos y seguimientos mejorando la calidad de vida del ser humano y su familia.

9.4 **Arbol familiar.** El árbol es una herramienta de valoración en la cual se describe la red familiar, llamado también Familiograma, donde se valora la estructura y se establece el vínculo de origen del individuo, ligando su orden de relación con la función familiar, permitiendo en la historia clínica mayor efectividad en las determinaciones de los tratamientos y procedimientos.

9.5 **Ecomapa.** Es un instrumento que le permite al médico y al equipo de la salud familiar, identificar rápidamente las interrelaciones de la familia con el ambiente y el contexto sociocultural en el que se desenvuelve, es decir, da información sobre la red extrafamiliar de recursos. Cuando se evalúa una familia es esencial reconocer que existe una influencia mutua entre esta y otros sistemas como: Familia extensa, sistemas de salud, instituciones educativas, amigos, protección, nutrición, trabajo, religiones, vecinos, etc.

9.6 **Grupo básico familiar de salud.** Es el grupo mínimo de profesionales de la salud, cuya formación académica y profesional garantiza la prestación de los servicios de salud familiar y comunitaria, con capacidad idónea en el humanismo familiar, que prestarán su servicio a las familias de una comunidad de un área de un municipio y elegidos

y evaluados por esta, los cuales garantizan alto grado de confiabilidad, seguridad idoneidad y conocimiento del APGAR, árbol, y ecomapa familiar.

9.7 Subsistema único de referencia y contrarreferencia. Es un mecanismo diseñado por el Ministerio de la Protección Social en cuya metodología se establecen todos los criterios de información única, en la cual se articulan en un mismo modelo las historias clínicas individuales y familiares, reflejando en ella todos los procedimientos en forma clara y precisa; de igual manera los formatos de remisión de pacientes entre Instituciones de Salud y devolución de la misma al sitio de residencia del paciente para su control y seguimiento, la cual podrá implementarse por medios electrónicos y bases de datos. En estos procedimientos se garantizan las 24 horas en forma permanente la disponibilidad de especialistas de la salud, medios de comunicación, transporte y la infraestructura de las instituciones habilitadas para tal fin, vitales para salvar la vida de las personas, coordinadas y controladas por unas centrales de riesgos.

9.8 Régimen subsidiado básico de salud. Bajo este subsistema se establecen las normas recursos del subsidio y procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la atención en el primer nivel de complejidad de las personas clasificadas en los niveles 1, 2, 3 y 4 del Sisbén y las competencias territoriales para su correcta aplicación.

9.9 Régimen Subsidiado Complementario de Salud. En este subsistema se establecen las normas, recursos del subsidio y procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la atención complementaria en los niveles de complejidad 2,3 y 4 y enfermedades de alto costo en salud, las competencias territoriales, participación del Estado y su intervención.

9.10 Subsistemas de información. Son todos los procedimientos que se utilizan en forma permanente donde se reflejan tanto en forma magnética, electrónica o escrita las diferentes actividades y se envían a las instituciones que las requieran para los conocimientos pertinentes o para el control que se ejerza posteriormente, tanto el Estado como la comunidad, estos subsistemas son diseñados por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento de Planeación Nacional.

9.11 Subsistemas de control social de salud. Son mecanismos conformados en forma permanente por la comunidad y se organizan en veedurías ciudadanas de salud conformadas en grupos especializados, encargados de vigilar la ejecución de los recursos y la prestación de los servicios en su jurisdicción o entidad prestadora de los servicios, asesorada por la Defensoría del Pueblo o los personeros municipales.

CAPITULO IV

Intervención del Estado y características del sistema

Artículo 10. El Estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, conforme a lo establecido en esta ley y en el marco constitucional contemplado en los artículos 48, 49, 334, 356, 357, 365 a 367, dicha intervención tendrá como objetivo lo siguiente:

10.1 Garantizar el cumplimiento de los principios constitucionales, de la presente ley y demás disposiciones a fines relacionadas con el Sistema de Seguridad Social en Salud.

10.2 Asegurar el carácter de obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes residentes en Colombia.

10.3 Desarrollar las competencias de dirección, coordinación vigilancia y control de seguridad social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud.

10.4 Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de seguridad social en salud, hasta alcanzar la universalidad, comenzando por los servicios básicos y acciones de primer nivel hasta alcanzar los superiores.

10.5 Establecer las metodologías procedimientos y acciones para el cabal desempeño del Sistema de Seguridad Social en Salud y determinar los programas básicos, complementarios y de alto costo.

10.6 Reglamentar la organización de los servicios de salud en forma descentralizada por niveles de atención y los mecanismos de participación de la comunidad.

10.7 Evitar que los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud se destinen a fines diferentes.

10.8 Garantizar la asignación prioritaria del gasto público social para el cabal funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

10.9 Hacer cumplir las disposiciones que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de salud y la adaptabilidad de la infraestructura, dotaciones, equipos.

10.10 Garantizar que las normas conexas con el derecho a la salud cumplan el objetivo social del Estado en la protección al derecho a la vida, la dignidad humana, la integridad física, psíquica, saneamiento ambiental y medio ambiente.

10.11 Hacer cumplir el principio de responsabilidad social a los servidores de la salud, intervenir en los procesos y acciones que garanticen la calidad de los profesionales de la salud, en su formación, ejercicio y evaluación.

10.12 Ejercer el control de tutela sobre todas las instituciones prestadoras de servicio de salud incluyendo su administración, para que cumplan a cabalidad los planes de mejoramiento ordenados por las respectivas contralorías.

Artículo 11. *Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

11.1 El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11.2 Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través de subsidio que se financiará con los recursos fiscales del Estado.

11.3 Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, recibirán un plan integral de protección de la salud, de acuerdo con las acciones que correspondan a los respectivos niveles de atención, denominado Plan Obligatorio de Salud.

11.4 El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social, Fondo de Solidaridad y Garantía.

11.5 Las Secretarías de Salud de los Departamentos y Fondos Municipales de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y administración de la prestación de los servicios de Salud del régimen subsidiado básico y complementario, y las Entidades Promotoras de Salud lo correspondiente al régimen contributivo. Ellas están en la obligación de suministrar en igualdad de condiciones a las entidades públicas el plan obligatorio de salud.

11.6 Por cada persona afiliada y beneficiaria las instituciones de salud tanto públicas como privadas y de acuerdo con el nivel de complejidad, recibirán una Unidad de Pago por Capitación UPC, que será establecida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

11.7 Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que pertenezcan al régimen contributivo elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud dentro de los parámetros fijados por el Gobierno Nacional; y los afiliados al régimen contributivo básico y complementario a las secretarías de salud, gerencias para la salud o a las direcciones locales de salud.

11.8 Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud.

11.9 Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades públicas, privadas mixtas, comunitarias y solidarias, organizadas para prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11.10 Con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existirá un régimen subsidiado básico para el primer nivel de complejidad y un complementario para el segundo, tercero y cuarto nivel de atención. Su financiación se efectuará con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, el

Fondo de Solidaridad y Garantía, los recursos propios de las entidades territoriales y los demás que se destinen en el Presupuesto General de la Nación.

11.11 Las Entidades Promotoras de Salud prestarán los servicios de salud del régimen contributivo, ya sea en forma directa o a través de contratos o convenios con las instituciones públicas de salud, bajo los mismos parámetros establecidos en los principios y normas de la presente ley.

11.12 El Estado contará con un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá la competencia de conformidad con las disposiciones de la presente ley, garantizar las compensaciones entre las personas de distintos ingresos y riesgos y el principio de solidaridad social en salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias contempladas en esta ley.

11.13 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias, podrán ser revisadas por el mismo Consejo y deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional, las entidades territoriales y las instituciones de salud públicas o privadas.

11.14 Las Entidades Territoriales, con cargo a las Direcciones, Empresas Sociales del Estado, Fondos Seccionales y Municipales de Salud, aplicarán las disposiciones vigentes en materia de recursos y competencias en especial los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, Ley 715 de 2001, las demás disposiciones de la presente ley o que las modifiquen o sustituyan.

11.15 Las Entidades Territoriales celebraron Convenios Interinstitucionales para el cabal cumplimiento de sus funciones y las Entidades Promotoras de Salud podrán contratar con la Red Pública la prestación de servicios de salud a su cargo, siempre y cuando se garantice el pago oportuno de los recursos que no podrá pasar de 45 días calendario. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial.

11.16 La Nación y las Entidades Territoriales a través de sus instituciones de la salud garantizarán la prestación de los servicios que a las Entidades Promotoras de Salud le corresponden.

11.17 La Nación en coordinación con las Entidades Territoriales establecerán las matrices diseñadas para la aplicación de estandarización de procesos indicadores de gestión y resultados y evaluación de los mismos. De igual forma establecerán el modelo único para el sistema de facturación de la prestación de los servicios a nivel general.

11.18 Los organismos de control en coordinación con el Ministerio de la Protección Social diseñarán, adaptarán y aplicarán los procedimientos para la rendición de cuentas de las instituciones en general del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11.19 Toda institución pública o privada del Sistema General de Seguridad Social en Salud rendirá obligatoriamente sus cuentas a las Contralorías Especializadas en Salud, en los términos y condiciones establecidos para tal fin. Estas rendiciones contemplarán entre otros; transferencia en aplicación de recursos, agilidad en flujo de recursos, resultados de capital social, evaluación en los indicadores de gestión, calidad de los servicios, eficacia y eficiencia y en general los procedimientos de evaluación de la calidad de la gestión y administración.

Artículo 12. *Clasificación de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Todo colombiano participará en los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud que son esenciales para proteger el derecho a la salud y la vida, los que se encuentren empleados o tengan capacidad de pago lo harán a través del régimen contributivo, y los que carezcan de estos recursos el Estado los subsidiará a través del régimen subsidiado básico y complementario de salud y otros temporalmente como vinculados al sistema hasta lograr proporcionalmente y en forma ascendente de acuerdo con el nivel de complejidad la afiliación universal al sistema de conformidad con los siguientes criterios:

12.1 Afiliados al régimen contributivo: son las personas que pueden cotizar de acuerdo con su vinculación como trabajador oficial, servidores públicos, pensionados o jubilados, trabajadores de las entidades privadas

o independientes, lo mismo que personas con capacidad de pago, estas personas deberán afiliarse al sistema cumpliendo con las disposiciones vigentes del régimen contributivo de que trata la presente ley.

12.2 Los afiliados al sistema de régimen subsidiado básico y complementario: son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, serán subsidiados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la población más pobre y vulnerable del país en áreas rural y urbanas tendrán prioridad dentro de este grupo las personas tales como: Madres durante el embarazo, parto, posparto y período de lactancia, Madres comunitarias, mujeres y hombres cabeza de familia, niños menores de un año, menores en situación irregular, niños y personas con limitaciones físicas o psíquicas o enfermedades congénitas, enfermos de Hansen, personas mayores de sesenta (60) años, discapacitados, campesinos, indígenas, trabajadores y profesionales independientes, desplazados por la violencia, reinsertados, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, artesanos, taxistas, electricistas, ornamentadores independientes, trabajadores de pequeñas empresas sin ánimo de lucro o asociaciones de pequeños ganaderos, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

12.3 Personas vinculadas al sistema: son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado. Para la financiación de la atención temporal el Estado a través de las entidades territoriales, con los recursos del Fosyga atenderá la atención de servicios en salud de los vinculados al sistema hasta tanto no se logre la afiliación ya sea al régimen contributivo o subsidiado; recibirá los mismos tratamientos en igualdad de condiciones, lo mismo que el plan obligatorio de salud. El Estado expedirá la tarjeta única de identificación de salud.

12.4 El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar el cumplimiento del principio de universalidad de la afiliación.

12.5 La afiliación podrá ser individual o colectiva a través de empresas, las agremiaciones o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida el Consejo Nacional de Seguridad Social. El carácter colectivo de afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud, si se tratare de régimen contributivo.

12.6 Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, los cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación y podrán cobrar una cuota de afiliación.

12.7 Beneficios para desmovilizados: los colombianos que acogidos a procesos de paz se hallan desmovilizado o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado básico o complementario en salud contemplado en la presente ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo o vinculación al empleo.

12.8 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el ámbito general, deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente las 24 horas y fijarán en los respectivos establecimientos en carteleras o demás medios hablados o escritos.

12.9 El Ministerio de la Protección Social definirá las normas de calidad y satisfacción del usuario, de igual forma establecerá medidas conducentes a los tiempos tanto de las consultas como de espera mínimos y máximos y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con la patología y necesidades de atención del paciente, de igual manera implementará las ayudas audiovisuales en las salas de espera para que los pacientes reciban campañas de prevención y promoción de la salud, lo

mismo que la parte publicitaria de la aplicación de principios y normas contemplados en la presente ley.

12.10 Toda entidad que preste servicios de salud deberá remitir en la rendición de sus cuentas la información de la aplicación de los procedimientos y actividades efectuadas en la atención de los usuarios, haciendo llegar los correspondientes formatos de evaluación de satisfacción del usuario, debidamente firmado con número de documento de identificación, el cual solo puede ser tramitado por el beneficiario, y en este se debe reflejar el tipo de servicio prestado y qué profesional o servidor de la salud lo atendió.

12.11 Los facilitadores de la salud con el apoyo de la Entidades Territoriales, promoverán asociaciones de usuarios de empresas independientes, organizaciones de la comunidad o asociaciones de núcleos familiares, para la afiliación al régimen contributivo de las personas con capacidad de pago y de igual forma promocionará o adelantará campañas para que las personas sin capacidad de pago acudan a las entidades territoriales a tramitar su afiliación al régimen subsidiado básico o complementario.

TITULO II COMPETENCIAS CAPITULO I

Competencias territoriales

Artículo 13. *Competencias de la Nación.* Sin perjuicio de las competencias asignadas en otras disposiciones, le corresponde a la Nación a través del Ministerio de la Protección Social, la dirección del sector salud y del Sistema de Seguridad Social en Salud en el territorio Nacional de conformidad con las características regionales y bajo los principios de descentralización, economía, coordinación, complementariedad, solidaridad y subsidiaridad; ejercer las siguientes competencias:

13.1 Formular las políticas, planes, programas, y proyectos de interés Nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, coordinando su aplicación, seguimiento y evaluación.

13.2 Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar, y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.

13.3 Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con la presente ley.

13.4 Prestar la asesoría y asistencia técnica a los departamentos, Distritos y municipios para el cumplimiento de sus competencias, implantación de las políticas, planes, programas y proyectos de salud.

13.5 Establecer metodologías, aplicar el subsistema y vigilancia, evaluación, control de calidad, gestión y resultados, en la aplicación de todos los principios contemplados en la presente ley, a las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

13.6 Establecer, reglamentar, controlar y aplicar el subsistema de información de salud de las entidades en general del Sistema de Seguridad Social en Salud, con la participación de las entidades territoriales.

13.7 Establecer el reglamento para la distribución, vigilancia y control en el manejo y la aplicación de los recursos de salud a nivel general, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales.

13.8 Establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica y administrativa de las instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea para su intervención, liquidación o congelación de fondos, o su administración directa por parte de las entidades territoriales, de conformidad con las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud y el reglamento que adopte el Gobierno Nacional.

13.9 Establecer las normas y procedimientos para la liquidación de las instituciones que manejan recursos del sector de la salud que sean intervenidas por la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, aplicar las multas, sanciones y medidas cautelares para evitar detrimento patrimonial en los recursos de la salud.

13.10 Definir los parámetros de implementación del subsistema único de habilitación, garantía, calidad, y único de acreditación de instituciones

prestadoras de salud, Entidades Promotoras de Salud y las demás instituciones de salud que manejen o presten servicios de salud.

13.11 Establecer programas, estrategias y en general actividades que promuevan la participación ciudadana, reglamentar los procedimientos para adelantar audiencias públicas para evaluar los programas y servicios de salud, lo mismo para evaluar la aplicación de los recursos.

13.12 Definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud, cumplir con las competencias y las acciones de obligatorio cumplimiento del plan integral de salud pública, así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales.

13.13 Adquirir distribuir y garantizar permanentemente el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.

13.14 Definir, implantar y evaluar la política de prestación de servicios de salud; en ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios del régimen contributivo y la garantía de la calidad; así como la organización de la red de prestación de servicios de salud.

13.15 Tramitar las normas Icontec, para la aplicación del principio de adaptabilidad, establecer los procedimientos, reglamentos y control para la habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud en la red pública y privada, en materia de construcción, remodelación, adecuación, ampliación y dotación, de conformidad con el nivel de atención y complejidad, o ampliación de nuevos servicios cuando las necesidades del servicio así lo ameriten, atendiendo los principios de especialidad, calidad, eficacia, eficiencia, complementariedad, concurrencia, criterios de suficiencia y oportunidad.

13.16 Prestar los servicios de cuarto nivel de complejidad y tratamiento de enfermedades de alto costo, administrar las instituciones especializadas como el Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, los Sanatorios de contratación y Agua de Dios.

La Nación y los Departamentos, organizarán y concurrirán en la financiación de las instituciones antes mencionadas y los enfermos de Hansen.

Los Departamentos de Cundinamarca y Santander podrán contratar la atención especializada para vinculados no contemplados en el POS-subsidiado con los sanatorios de Agua de Dios y contratación.

13.17 Expedir la reglamentación y establecer los procedimientos para que las entidades territoriales controlen la evasión y la elusión de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y las demás rentas complementarias que financian los recursos de salud.

13.18 Reglamentar el uso de los recursos destinados por las entidades territoriales, para financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica.

13.19 Realizar los aportes para recuperar la Red de instituciones prestadoras de servicios de salud, establecer los planes de contingencia y recuperación de los Hospitales Públicos; implementar los procedimientos y requisitos para reestructurarlos y lograr su funcionalidad.

13.20 Concurrir en la asignación de recursos del presupuesto nacional, diferentes al sistema general de participaciones, a los municipios de sexta categoría, y un punto (1) de lo aportado por los afiliados al régimen contributivo; para la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado básico de salud.

13.21 Establecer las políticas, planes, programas y evaluaciones para el desarrollo del subsistema de salud familiar y comunitario en el territorio nacional.

13.22 Reglamentar y establecer los mecanismos de coordinación entre las entidades territoriales para dar aplicación a las acciones conexas con la salud, evaluar su ejecución, resultados y adoptar los correctivos.

13.23 Establecer los parámetros y reglamentar las licencias de prevención en salud, publicitar su trámite, capacitar a las entidades

territoriales y autoridades competentes, para su aplicación. Imponer las sanciones a los contraventores.

13.24 Apoyar y coordinar con los organismos de control, las acciones de seguimiento, vigilancia y control de los recursos de la salud, adoptar los correctivos que estos recomienden. Imponer las sanciones que le corresponden y publicar los resultados obtenidos.

13.25 Rendir oportunamente las cuentas a la Contraloría especializada en salud de conformidad con los parámetros establecidos y los términos indicados para tal fin.

Artículo 14. *Competencias de los departamentos.* Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones, o en las que modifiquen o sustituyan, le corresponden a los departamentos las siguientes funciones:

14.1 Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud, y Sistema General de Seguridad Social de Salud en su departamento.

14.2 Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación en armonía con estas.

14.3 Prestar los servicios de segundo y tercer nivel de complejidad de conformidad con los parámetros de la presente ley.

14.4 Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que presten servicios de salud en su jurisdicción.

14.5 Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los de Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

14.6 Administrar los recursos del Régimen Subsidiado Complementario de Salud en los Niveles II y III de atención en salud.

14.7 Vigilar y controlar el cumplimiento de políticas y normas técnicas, científica y administrativas que expida el Ministerio de la Protección Social, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

14.8 Adoptar, implementar, administrar la operación en su territorio de Sistema Integral de Información en Salud, así como generar y reportar la información requerida por el sistema.

14.9 Promover la participación social y comunitaria, la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los beneficiarios, empleadores y servidores de la salud del Sistema General del Seguridad Social en Salud.

14.10 Financiar los Tribunales Seccionales de Ética Médica y Odontología y vigilar la correcta utilización de los recursos.

14.11 Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

14.12 Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como imputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la nación.

14.13. Gestionar la prestación de los servicios de salud a su cargo de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas.

14.14. Financiar con los recursos propios si lo considera pertinente o con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud de II y III Nivel y hacer las apropiaciones respectivas a los municipios en la prestación de servicio de I Nivel, a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.

14.15 Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar política de prestación de servicios de salud, formulada por la Nación sin perjuicio de las competencias asignadas a los municipios.

14.16 Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas en el departamento.

14.17 Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de Instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

14.18 Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir las declaraciones de requisitos esenciales para la prestación de servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

14.19 Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud.

14.20 Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas establecidas por la Nación y el Icontec de acuerdo con el nivel de complejidad, para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar del adulto mayor.

14.21 Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

14.22 Garantizar la financiación y la prestación de servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contrato.

14.23 Establecer la situación de salud en el departamento y propender a su mejoramiento.

14.24 Servir de enlace entre la Nación y los municipios en la aplicación del Plan Integral de Salud Pública.

14.25 Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el sistema de vigilancia en salud pública.

14.26 Vigilar y controlar en coordinación con el Invima y el Fondo Nacional de Estupefacientes y los municipios, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

14.27 Expedir, controlar y evaluar las licencias de prevención en la salud que sus acciones contemplen a más de dos municipios en relación con la prevención de riesgos para la salud de los habitantes.

14.28 Realizar el seguimiento, supervisar y controlar las acciones de salud pública, contempladas en el plan integral de salud pública, que realicen en su jurisdicción los respectivos municipios.

14.29 Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

14.30 Administrar temporalmente los recursos del régimen contributivo cuando se efectúe la liquidación de alguna EPS que tenga jurisdicción en su territorio.

14.31 Aplicar, supervisar, evaluar y promocionar en su jurisdicción el cumplimiento de los principios y las demás disposiciones de la presente ley.

14.32 Efectuar la capacitación a los servidores de la salud y a las autoridades municipales para la correcta aplicación de la presente ley, los procedimientos y acciones respectivas que se deriven de esta.

14.33 Transferir a los municipios los bienes mueble e inmuebles, equipos y demás dotaciones de I nivel de atención de complejidad en salud.

14.34 Evaluar las licencias preventivas de riesgos de la salud que se expidan a nivel municipal, de conformidad con los parámetros y procedimientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social y las políticas nacionales de saneamiento ambiental.

14.35 Las demás contempladas en la presente ley, en otras disposiciones, o las que deleguen el Gobierno Nacional o el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

14.36 Rendir oportunamente las cuentas a las Contralorías especializadas en salud, de conformidad con los parámetros establecidos y en los términos indicados para tal fin.

Artículo 15. *Competencia de los municipios.* Sin perjuicio de las demás competencias contempladas en la Constitución, y otras disposiciones, en las que las modifique o sustituya. Corresponde a los municipios dirigir, administrar y prestar los servicios de primer nivel de atención en salud, bajo los principios de coordinación, complementariedad, concurrencia y subsidiariedad para lo cual entre otras cumplirán las siguientes funciones:

15.1 Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud en armonía con las políticas y disposiciones del orden departamental y nacional.

15.2 Prestar los servicios de salud en el primer nivel de complejidad en su jurisdicción a través de las Empresas Sociales del Estado de índole municipal en sus acciones de los grupos básicos de salud familiar y comunitario y centros de salud comunitario.

15.3 Recaudar, administrar y ejecutar los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud del régimen subsidiado básico, asignados por el Sistema General de Participaciones, Fosyga, y demás destinados a la prestación del primer nivel de complejidad de salud, a través del Fondo Municipal de Salud.

15.4 Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud al segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad de competencia de los departamentos y de la Nación.

15.5 Gestionar y supervisar el acceso a la población a los servicios de salud en su jurisdicción.

15.6 Establecer programas, mecanismos, incentivos para la participación social y promocionar el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos, empleadores y servidores de la salud, de seguridad social en salud en su municipio.

15.7 Adoptar, administrar, implementar y evaluar el sistema integral de información en salud así como generar y reportar información requerida al departamento o a la Nación.

15.8 Promover planes y programas, estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud para inclusión en los planes y programas departamentales y nacionales.

15.9 Adoptar y hacer cumplir el código de ética médico y profesional o de los servidores de la salud en su jurisdicción.

15.10 Adoptar y aplicar las metodologías respectivas establecidas por la Nación o los departamentos para el cabal cumplimiento de sus competencias.

15.11 Aplicar los estándares de procesos para la evaluación de gestión y resultados lo mismo que cumplir con los indicadores trazados para el cabal cumplimiento de los principios de garantía estatal, eficacia y eficiencia y conexidad.

15.12 Financiar y cofinanciar la afiliación al régimen subsidiado básico de salud a la población pobre y vulnerable de los estratos uno, dos, tres y cuatro del Sisbén en el primer nivel de complejidad en salud.

15.13 Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar bajo los principios de transparencia y objetividad a los beneficiarios del régimen subsidiado básico y complementario de salud, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

15.14 Celebrar contratos y convenios para el cabal cumplimiento de las competencias asignadas en primer nivel de complejidad, realizar la interventoría en seguimiento y control de los mismos.

15.15 Promover en su jurisdicción la afiliación del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes al sistema.

15.16 Controlar y evitar que las personas de su jurisdicción efectúen fraudes de doble afiliación al sistema, denunciar ante las entidades competentes. Imponer las sanciones respectivas que le delegue el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

15.17 Adoptar, implementar y ejecutar las políticas del Plan Integral de Salud Pública de índole municipal, de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental.

15.18 Establecer el diagnóstico en forma periódica de los factores que inciden en los riesgos o la salud de los habitantes de su municipio; implementar y ejecutar los programas, proyectos y acciones que erradiquen con todo su vigor las fuentes de riesgo, logrando un saneamiento ambiental para el entorno de la salud.

15.19 Expedir la licencia preventiva de riesgos de la salud en el ámbito municipal de conformidad con los parámetros y procedimientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social y las políticas departamentales de saneamiento ambiental.

15.20 Ejercer las competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana, relacionadas con el ambiente y su entorno, en coordinación con las autoridades ambientales y de salud de su departamento.

15.21 Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización, almacenamiento y distribución de alimentos, para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico. Así como los de materia prima para su consumo animal que represente secundariamente riesgo para la salud humana.

15.22 Vigilar las condiciones y acciones ambientales y su comportamiento que afectan la salud y el bienestar de la población, generadas por acciones de las actividades industriales, comerciales de bienes y servicios. Suspender estas actividades temporalmente y solicitar ante la autoridad ambiental o sanitaria competente su intervención para mejorar o suspender definitivamente los permisos o licencias ambientales que coloquen en mínimo riesgo la salud de las personas.

15.23 Vigilar en su jurisdicción la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte, disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto coordinará con las autoridades competentes las acciones de control, erradicación a que haya lugar y temporalmente suspender las actividades hasta tanto no se garantice la calidad de vida de las personas de su municipio.

15.24 Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis, en coordinación con los departamentos y la Nación.

15.25 Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción sobre los factores de riesgo para la salud, en todos los establecimientos a escala general incluyendo las instituciones del Estado.

15.26 Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9ª de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

15.27 Rendir oportunamente las cuentas a las Contralorías especializadas en salud, de conformidad con los parámetros establecidos y en los términos indicados para tal fin.

Artículo 16. *Competencias de los distritos.* Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

Artículo 17. Los municipios que a la fecha no han sido certificados por los departamentos deben certificarse para la prestación de servicios de primer nivel de complejidad y la administración del régimen subsidiado básico de salud en un plazo no mayor de seis (6) meses contado a partir de la publicación de la presente ley.

Parágrafo 1º. Si dentro del término establecido en el presente artículo los departamentos no certifican alguno de los municipios, el Ministerio de la Protección Social lo realizará en los seis (6) meses, posteriores al vencimiento del término.

Parágrafo 2º. Todos los bienes muebles e inmuebles que actualmente pertenecen o fueron cedidos a los departamentos deben ser entregados o cedidos a los municipios a continuación de la certificación respectiva, siempre que su relación sea para la prestación de servicios del primer nivel de complejidad.

Parágrafo 3º. Los departamentos entregarán a los municipios las plantas de personal debidamente saneado su pasivo prestacional de

seguridad social, incluyendo el personal de carrera administrativa. La Nación y los departamentos concurrirán a realizar los giros correspondientes para garantizar el pago de las obligaciones contraídas, siempre que se trate de personal de la salud que esté en la actualidad ejerciendo sus labores en actividades de primer nivel de complejidad de salud.

Parágrafo 4°. Los municipios y distritos asumirán las acciones de promoción y prevención de salud pública y el Ministerio de la Protección Social establecerá los procedimientos para articular las acciones de salud pública al subsistema de salud familiar y comunitario de primer nivel de complejidad.

CAPITULO II

De la dirección del sistema

Artículo 18. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación y regulación del Presidente de la República y del Ministerio de la Protección Social; atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno frente a la Salud Pública, en la lucha contra las enfermedades endémicas, epidémicas; y en el mantenimiento, educación, información y fomento de la salud, de conformidad con el Plan de Desarrollo Económico y Social y los Planes Territoriales de Desarrollo.

El Presidente de la República podrá delegar las funciones de inspección y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y los Jefes de las Entidades Territoriales.

El Superintendente Nacional de Salud podrá celebrar convenios con las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud para el ejercicio de sus funciones y establecerá mecanismos de coordinación, cooperación y concertación con el fin de lograr la cobertura a nivel nacional en las actividades de inspección y vigilancia. Además fomentará el desarrollo de una red de controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema de Seguridad Social estará integrado por:

18.1 Organismos de vigilancia y control:

- 18.1.1 Los Ministros de la Protección Social y Hacienda.
- 18.1.2 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 18.1.3 La Superintendencia Nacional de Salud.

18.2 Los organismos de administración y financiación:

- 18.2.1 Las direcciones departamentales y municipales de salud.
- 18.2.2 Las Entidades Promotoras de Salud.
- 18.2.3 El Fondo de Solidaridad y Garantía.
- 18.2.4 La Federación Colombiana de Municipios.

18.3 Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, o mixtas.

18.4 El director (a) del Instituto de Seguros Sociales.

18.5 Los representantes de los empleadores.

18.6 Los representantes de los afiliados.

18.7 Los representantes de los beneficiarios.

18.8. Los representantes de los comités de participación ciudadana.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de asignación de los representantes de los empleadores, afiliados, beneficiarios y comités de participación ciudadana.

Artículo 19. *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud está adscrito al Ministerio de la Protección Social, como organismo de Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud de carácter permanente, el cual estará integrado por:

19.1 El Ministro de la Protección Social o el Viceministro quien lo presidirá.

19.2 El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Delegado.

19.3 Un Delegado de la Asociación de Gobernadores.

19.4 Tres Delegados de la Federación Colombiana de Municipios, dos Alcaldes y un ex Alcalde.

19.5 Dos representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana empresa y otras formas asociativas.

19.6 Dos representantes de los trabajadores, uno de los cuales representará a los pensionados.

19.7 Un representante del Instituto de Seguros Sociales.

19.8 Un representante de las Entidades Promotoras de Salud diferentes del Instituto de Seguro Social.

19.9 Un representante de la Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado Básico y Complementario.

19.10 Dos representantes de los profesionales del área de salud de la asociación mayoritaria.

19.11 Un representante de las Empresas Sociales del Estado de índole municipal.

Parágrafo 1°. El Consejo tendrá un secretario técnico que será el Director General de Seguridad Social del Ministerio de Salud.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de elección de los representantes al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 20. *Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* Definir el plan obligatorio de salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con los criterios de la presente ley.

20.1 Definir el monto de la cotización de los afiliados al sistema dentro de los parámetros que establezca el Gobierno Nacional.

20.2 Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación, según lo dispuesto por los parámetros que establezca el Gobierno Nacional para el régimen subsidiado básico y complementario de salud y del régimen contributivo por niveles de atención.

20.3 Definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud.

20.4 Definir los medicamentos esenciales de acuerdo con el nivel de atención y su complejidad, que harán parte del plan obligatorio de salud.

20.5 Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos pobres y vulnerables de conformidad con el SISBEN que adopten las entidades territoriales.

20.6 Definir el régimen de pagos compartidos que tienen obligación las instituciones prestadoras de servicios de salud.

20.7 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.

20.8 Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las Entidades Promotoras de Salud y una distribución equitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.

20.9 Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las Entidades Hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.

20.10 Reglamentar los procedimientos y demás competencias de las juntas directivas de la salud departamentales, Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

20.11 Ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía y Fondo Nacional para la Salud.

20.12 Presentar ante el Senado y Cámara del Congreso de la República, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

20.13 Adoptar su propio reglamento.

20.14 Las demás que se delegan en la presente ley o en otras disposiciones, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

TITULO III
ORGANIZACION ESTRUCTURAL
CAPITULO I

De la organización en la prestación de servicios en niveles de atención y sus funciones

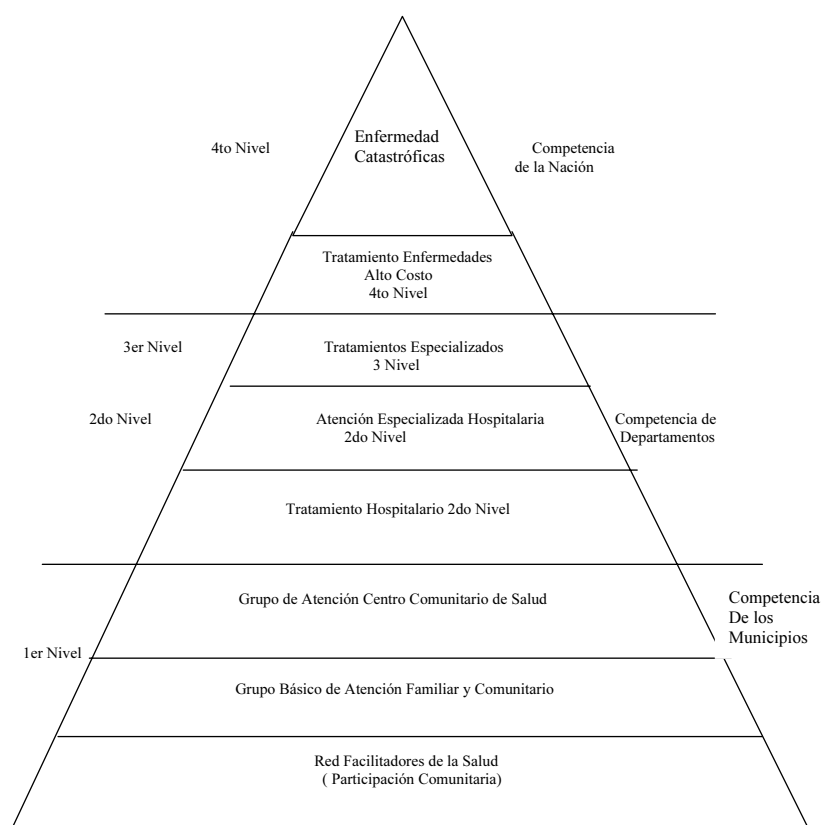
Artículo 21. Créase la siguiente organización para la prestación del servicio en niveles de atención y sus competencias, de la siguiente manera:

21.1 El primer nivel es de competencia directa de los municipios y comprende la Red de facilitadores de la salud, como participación comunitaria; el grupo básico de Atención Familiar y Comunitario y el Grupo de Atención Centro de Salud Comunitario.

21.2 El segundo y tercer nivel son de competencia de los departamentos y comprende el Tratamiento hospitalario de segundo y tercer nivel; atención especializada hospitalaria de segundo nivel y tratamiento especializado de tercer nivel.

21.3 El cuarto y quinto nivel, son de competencia de la Nación y comprende tratamiento de enfermedades de alto costo en cuarto nivel y enfermedades catastróficas.

**PIRAMIDE ORGANIZACIONAL
DE LA PRESTACION DE SERVICIOS**



Artículo 22. *Estandarización de procesos.* El Sistema de Seguridad Social en Salud en el Régimen Subsidiado, se organizará en niveles de atención de acuerdo con su complejidad, en forma centralizada en políticas de Estado, a cargo del Ministerio de la Protección Social y descentralizada en la administración y prestación de servicios a cargo de los Departamentos, Distritos, Municipios, con participación de la comunidad, basado en estandarización de procesos y estará conformado en un subsistema de régimen subsidiado básico y un complementario.

Artículo 23. La prestación de los servicios del sistema del régimen contributivo estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud Públicas y Privadas, EPS, sin ánimo de lucro, debidamente habilitadas por el Ministerio de la Protección Social; su vigilancia y control estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República, quienes sin perjuicio de su reglamentación y autonomía se regirán residualmente por los principios de la presente ley.

Artículo 24. La afiliación de los beneficiarios a las E.P.S. conservará la autonomía de la libre escogencia, y sus afiliados a través de sus representantes participarán en la vigilancia, el control de sus recursos y la garantía de la prestación de los servicios; el Consejo Nacional de Seguridad Social reglamentará su participación y lo pertinente.

Artículo 25. A partir de la vigencia de la presente ley, toda Entidad Promotora de Salud para ser habilitada o continuar con su habilitación, contará con una revisoría fiscal permanente, encargada de ejercer la vigilancia y presentar los balances, informes financieros y conceptos de viabilidad técnica. De igual forma contará con una Auditoría en salud encargada del seguimiento y evaluación de los indicadores de gestión y resultados de los servicios de salud, que preste la entidad correspondiente; informes que enviarán a la Superintendencia de Salud trimestralmente, para la certificación correspondiente de continuidad. El Gobierno Nacional establecerá el plan de indicadores, tareas y cumplimiento de actividades de las revisorías fiscales y auditorías en salud.

Parágrafo. *Período de transición.* Las Entidades Promotoras de Salud que en la actualidad se encuentran en funcionamiento, contarán con un plazo de 3 meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, para ajustarse a las nuevas disposiciones y cumplir los requisitos.

Artículo 26. El Ministerio de la Protección Social diseñará la metodología en la cual se establezcan las matrices de indicadores para el seguimiento y evaluación de resultados de gestión de las Entidades Promotoras de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud realizará la evaluación a más tardar el 15 de febrero de cada año y emitirá la respectiva certificación de acreditación; si los resultados no cumplen con los parámetros establecidos se dispondrá por parte de la Superintendencia de Salud a liquidar la entidad.

Parágrafo 1º. El Ministerio de la Protección Social mediante licitación pública asignará la nueva Entidad Promotora de Salud que cuente con la infraestructura en la respectiva región. Temporalmente mientras se surte este proceso las Secretarías de Salud asumirán la prestación de servicios y de administración a los afiliados, lo cual no debe sobrepasar de 2 meses.

Parágrafo 2º. Una vez quede en firme el acto administrativo que liquide una Entidad Promotora de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud en el mismo acto administrativo, ordenará la congelación de los recursos incluyendo las cuentas bancarias y los pagos de obligaciones pendientes o cuentas por pagar. Sólo se efectuarán ordenadas por la Superintendencia previa comprobación de las responsabilidades adquiridas.

Parágrafo 3º. Para efectos del proceso de las liquidaciones de las Entidades Promotoras de Salud, los trámites que se estén adelantando o se adelanten, por parte de los liquidadores no deben sobrepasar el término de 90 días para cancelar los compromisos tanto de cuentas por cobrar como de cuentas por pagar. La entidad que sobrepase este término o el liquidador pagará al afectado los intereses moratorios y la Superintendencia Nacional de Salud establecerá la sanción que inhabilitará a los responsables por el término de 10 (diez) años para prestar servicios de liquidación de empresas de este tipo.

Artículo 27. *Primer nivel de atención.* El primer nivel de atención en salud del régimen subsidiado está constituido por el sistema de salud familiar y comunitario y las actividades de atención profesional primarias de baja complejidad, que se prestarán en forma directa por las Empresas Sociales del Estado del orden municipal de acuerdo con su categoría, en los Centros de Salud Comunitarios, o en los hospitales básicos de primer nivel de complejidad.

Artículo 28. *Subsistema de Salud Familiar y Comunitario.* Para efectos de lograr la universalidad del primer nivel de atención, prevenir y reducir las enfermedades de alto costo, se establece el Subsistema de Salud Familiar y Comunitario, que estará conformado por las acciones, recursos y procedimientos de salud familiar y comunitaria, aplicados por el grupo básico de profesionales de la salud, de conformidad con la siguiente organización:

28.1 La dirección, administración y prestación de los servicios de salud del sistema de salud Familiar y comunitario, estará a cargo de las Empresas Sociales del Estado de índole municipal o en su defecto por las direcciones locales de salud según la categoría del respectivo municipio.

28.2 La asesoría, seguimiento, control, evaluación, apoyo y control fiscal estará a cargo de las Secretarías de Salud de los Departamentos, quienes aplicarán los principios de coordinación, complementariedad, concurrencia y subsidiariedad en sus actuaciones y procedimientos.

28.3 Las políticas y estrategias para lograr los alcances, metas, resultados y aplicación correcta de los recursos estarán a cargo del Ministerio de la Protección Social y los órganos de control y vigilancia.

28.4 El grupo básico de salud familiar y comunitario estará conformado por un médico de salud familiar y comunitario o en su defecto un médico general del servicio social obligatorio, un odontólogo de servicio social obligatorio, un trabajador social, un auxiliar de enfermería y cinco promotores de salud familiar y comunitarios y los líderes cívicos de barrio o vereda.

28.5 El grupo de atención de centro comunitario de salud para la atención de primer nivel de complejidad estará conformado como mínimo por un médico general de planta, un odontólogo de planta, un(a) Enfermero(a) Jefe, dos Auxiliares de Enfermería Generales, un auxiliar de Enfermería de farmacia, un técnico de saneamiento ambiental y un conductor de ambulancia. Para efectos de complementar las horas nocturnas o días festivos y de acuerdo con los recursos disponibles, se podrá contratar personal adicional, previa aprobación de las Secretarías de Salud Departamentales, o según los recursos propios que cada municipio pueda asignar para ampliar y mejorar la atención primaria en salud.

28.6 La asignación de grupos básicos de salud familiar y comunitaria la asignarán las Secretarías de Salud Departamentales que aplicarán criterios de racionalidad y disponibilidad de recursos, categoría del municipio, número de habitantes por municipio, situación geográfica, áreas urbanas y rurales, zonas dispersas, calidad de vías de acceso, zonas afectadas por epidemias y violencia, comunidades desplazadas, número de personas focalizadas en el Sisbén y categoría municipal descendente. En todo caso como mínimo cada municipio contará con un grupo básico y un grupo de atención de centro comunitario de salud.

28.7 La planta básica de personal administrativo de la Empresa Social del Estado, de acuerdo con la categoría municipal, estará conformada por: un Gerente con perfil profesional en Salud, un Subgerente Administrativo y Financiero, una Secretaria, quien estará a cargo del sistema de información y un responsable del Sisbén, un Técnico de Facturación. El contador o demás personal técnico y operativo será contratado sin sobrepasar los costos que anualmente fije el Gobierno Nacional.

28.8 Los grupos de profesionales establecidos en los numerales anteriores son empleados públicos, deben cumplir con indicadores de gestión, evaluación de resultados y calidad del servicio, la comunidad participará en la evaluación de los servicios y de los servidores de la salud. Los municipios y departamentos aplicarán las medidas para lograr los estándares de eficiencia y eficacia contemplados en los principios de la presente ley.

28.9 Las diferentes organizaciones de la comunidad podrán crear grupos de apoyo de líderes voluntarios comunitarios, denominados redes de facilitadores de la salud, integrados por grupos juveniles, damas voluntarias, etc., quienes demostrando una vocación altruista servirán de apoyo a los grupos básicos de salud, organizarán y coordinarán campañas para la promoción y prevención de la salud; los cuales recibirán capacitación y estímulos de los profesionales de la salud y los municipios financiarán el apoyo logístico para lograr sus objetivos. De igual forma las Instituciones Educativas darán prelación a los jóvenes que dentro de sus proyectos educativos tengan que aportar horas de servicio social, para promover a la comunidad y especialmente a los jóvenes en los planes de salud locales.

Artículo 29. *Funciones de los grupos básicos.* Las principales funciones de los grupos básicos de atención primaria en salud son las siguientes:

- 29.1 Elaborar y actualizar el censo en el área asignada del grupo.
- 29.2 Elaborar el plan de ruta en las acciones a cumplir.
- 29.3 Elaborar el ADGAR familiar para establecer la ficha familiar.
- 29.4 Elaborar el ecomapa y árbol para establecer la ficha personal.
- 29.5 Elaborar y llevar permanentemente la historia clínica por usuario.
- 29.6 Realizar las visitas domiciliarias cumpliendo los cronogramas trazados.

29.7 Aplicar el plan local de salud, de acuerdo con el manual de funciones y procedimientos.

29.8 Aplicar los planes de salud familiar y comunitario.

29.9 Realizar las jornadas de capacitación.

29.10 Realizar las jornadas de vacunación e inmunización.

29.11 Establecer los diagnósticos y realizar los informes de los riesgos de la salud detectados en su área de influencia.

29.12 Realizar las actividades de promoción y prevención de la salud.

29.13 Aplicar las estrategias para el autocuidado de la salud de las personas, con la participación de la familia y la comunidad.

29.14 Establecer la priorización de los tratamientos a las personas más vulnerables de sus comunidades.

29.15 Aplicar y responder por el sistema de referencia y contrarreferencia de los grupos de personas a su cargo.

29.16 Conformar, capacitar y apoyar las redes de facilitadores de la salud.

29.17 Remitir oportunamente al nivel superior de complejidad al paciente que requiera tratamientos de salud de mayor atención.

29.18 Aplicar en todas sus actividades procesos de estandarización.

29.19 Aplicar los tratamientos de acuerdo con su competencia y manuales de procedimientos.

29.20 Las demás que le asignen el Consejo Nacional de Seguridad Social, las políticas de los Gobiernos Nacional, Departamental y Local.

Artículo 30. *Funciones del Grupo de Atención de Centro de Salud Comunitario.* El Grupo de atención de Centro de Salud estará bajo la dirección de la Empresa Social del Estado del nivel municipal y entre otras prestará las siguientes funciones:

30.1 Prestar los servicios de salud del primer nivel de complejidad, de conformidad con los parámetros que establezca el Consejo de Seguridad Nacional de Salud.

30.2 Aplicar los procedimientos de salud basados en los principios rectores del Sistema de Seguridad Social en Salud.

30.3 Aplicar el código de ética médica y profesional.

30.4 Cumplir con los acuerdos de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de nivel municipal.

30.5 Atender a los usuarios de la salud, bajo los parámetros de humanismo, solidaridad y calidad de servicios.

30.6 Prestar, desarrollar y ejecutar el Plan Integral de Salud Pública Municipal.

30.7 Ejecutar las políticas y acciones fijadas por el Gobierno Nacional y departamental en el Plan Integral de Salud Pública Nacional.

30.8 Desarrollar las actividades, intervenciones, procedimientos de atención ambulatoria.

30.9 Prestar el servicio de urgencias de primer nivel de complejidad.

30.10 Prestar el servicio de consulta médica general.

30.11 Prestar el servicio de odontología.

30.12 Aplicar el sistema de referencia y contrarreferencia.

30.13 Prevención de la Salud Sexual y Reproductiva.

30.14 Prevención del VIH-SIDA.

30.15 Aplicar las actividades de planificación familiar.

30.16 Aplicar las actividades de control prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio.

30.17 Control de Crecimiento y Desarrollo.

30.18 Prevención del maltrato infantil y entre adultos.

30.19 Prevención del consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas psicoactivas).

30.20 Promoción de la No Violencia.

30.21 Prevención de Enfermedades Inmunoprevenibles.

30.22 Prevención y tratamiento de EDA e IRA.

30.23 Realización de Campañas de Citologías y en general campañas para prevenir el Cáncer, Accidentes Cerebro Vasculares y en general enfermedades de alto costo.

30.24 Prevención de enfermedades contagiosas NO Inmuno-prevenibles.

30.25 Control de vectores que generan riesgos para la salud pública.

30.26 Control de brotes y epidemias.

30.27 Vigilancia de la calidad sanitaria del agua y los alimentos producidos para el consumo humano.

30.28 Realización de actividades para promover la participación ciudadana en todos los procesos de salud.

30.29 Aplicar el plan integral de salud pública de índole municipal.

Parágrafo. Para efectos de establecer los medicamentos esenciales y materiales para la atención en salud de primer nivel, el Consejo de Seguridad Social fijará la lista, especialidad y fijará los parámetros de calidad y formulación que se puedan suministrar de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 31. En cada municipio o distrito la Dirección Local de Salud será la competente para la administración de los recursos del Régimen Subsidiado Básico de Salud del primer nivel de complejidad, para lo cual contará con un fondo denominado, Fondo Municipal de Salud. Sus actuaciones estarán basadas en los principios de eficacia, eficiencia, solidaridad social, especialidad, calidad, familia y comunidad, coordinación y conexidad, universalidad, responsabilidad social y seguridad social, y las demás disposiciones contempladas en la presente ley. El manejo de los recursos por ser recursos de destinación específica, se manejarán con absoluta transparencia y control preferente de los organismos de control del Estado y la comunidad, su manejo se efectuará en cuentas separadas, sin unidad de caja con los demás recursos del municipio; lo mismo que su contabilidad, y revisoría fiscal, guardarán su individualidad, para efectos de la rendición de cuentas.

Artículo 32. El Consejo Nacional de seguridad Social, establecerá los parámetros para efectos del funcionamiento de la administración del Régimen Subsidiado Básico de Salud, lo mismo que la Unidad de Pago por Capitación para el primer nivel de complejidad, el porcentaje para gastos de administración y funcionamiento, pago de servicios públicos y en general el cumplimiento del principio de adaptabilidad, para lograr la calidad en los servicios a cargo de los municipios.

Parágrafo 1º. La Dirección Local de Salud, y el Fondo Municipal de Salud rendirán cuentas dentro de los primeros diez (10) días de cada mes a la División Especializada para Salud de la Contraloría Departamental respectiva; de acuerdo con los parámetros que establezca la misma Contraloría, en los cuales se deben reflejar con claridad el manejo en el flujo de recursos, control, seguimiento y evaluación de resultados y el logro en la aplicación de los principios de la presente ley.

Parágrafo 2º. Con los recursos del Régimen Subsidiado Básico de Salud se pagarán oportunamente los compromisos adquiridos en la prestación de los servicios de primer nivel de complejidad, contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, bajo los principios de celeridad y responsabilidad social, de conformidad con el cronograma de flujos de recursos, el Plan anual de caja y demás disposiciones contempladas en la presente ley. El retardo o dilación de procesos que alteren el buen funcionamiento de la entidad territorial, en el pago oportuno de sus obligaciones, rompen la objetividad social del Estado y el principio de eficiencia, además constituyen falta disciplinaria, clasificada como falta gravísima, sancionada de acuerdo con el Código Unico Disciplinario.

Parágrafo 3º. Las Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado básico de los Municipios, transferirán dentro de los primeros diez (10) días de cada mes los recursos de la Unidad de Pago por Capitación que corresponden al régimen subsidiado básico de salud a los respectivas Empresas Sociales del Estado de nivel municipal, correspondientes al primer nivel de complejidad. De

conformidad con el número de personas aseguradas en el respectivo municipio, previamente afiliadas a régimen subsidiado básico en salud.

Artículo 33. *Planes de Atención Primaria en Salud.* Cada municipio y con la participación y concertación de todos los actores del sistema local de salud elaborarán los planes de atención primaria de salud, a corto, mediano y largo plazo; en estos deberán establecerse los indicadores de gestión de resultados, la priorización de las metas y la distribución plurianual de los recursos que en mesas de trabajo con las Comunidades se establezcan para fijar el plan de acción que se desarrollarán en los períodos anuales y decenales para lograr las metas de municipios saludables. Las Secretarías de Salud Departamentales asesorarán, coordinarán y realizarán el seguimiento y evaluarán la ejecución de los planes de atención primaria en salud. El Ministerio de la Protección Social fijará las políticas y establecerá la metodología, la cual debe contener términos entendibles y fáciles de desarrollar.

Artículo 34. En cada municipio el Personero Municipal ejercerá las funciones de vigilancia sobre los recursos y servicios de la salud, enviará periódicamente los informes a las autoridades de nivel superior y a los órganos de control sobre cualquier irregularidad que se presente en el municipio. Los servidores públicos de la salud de cada municipio, presentarán al Personero Municipal los informes mensuales de gestión y resultados lo mismo que lo invitarán a las juntas directivas y reuniones que desarrollen. El Personero Municipal será el encargado de la conformación del control social y de las veedurías ciudadanas del respectivo municipio.

Artículo 35. *Actividades conexas de nivel municipal.* Todas las entidades e instituciones de nivel municipal que desarrollen actividades relacionadas con la salud se interrelacionarán bajo los principios de coordinación y conexidad con el sistema local de salud entre otras las siguientes: Deporte, cultura, recreación, agua potable, saneamiento básico, comisarías de familia, restaurantes escolares, organizaciones de vivienda, atención de grupos vulnerables (Niños desprotegidos, adultos mayores, madres cabeza de familia y personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas y desplazados), servicios públicos domiciliarios.

Parágrafo 1º. Los municipios podrán conformar fondos de solidaridad y ayuda mixta, provenientes de los recursos propios o de libre destinación, aportes de la empresa privada y personas solidarias con el objeto de apoyar a las personas de los grupos vulnerables que carezcan de recursos, para alimentación, vestuario, vivienda digna, servicios públicos o medicamentos no cubiertos por el POS y demás necesidades que carezcan estas personas.

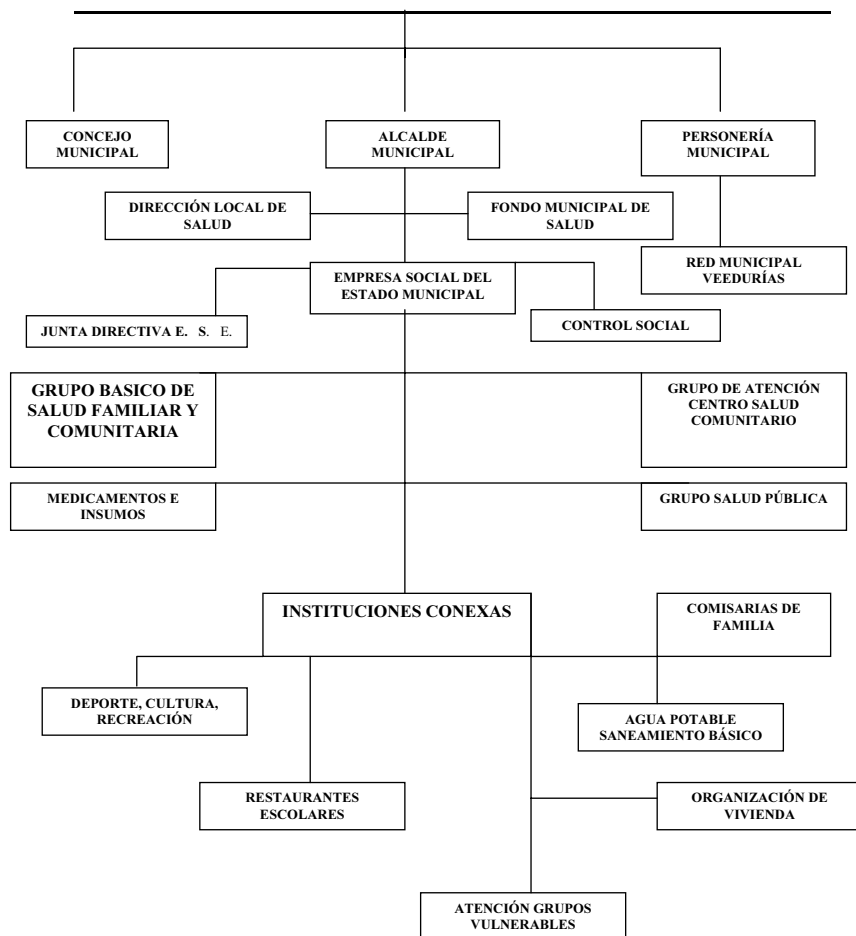
Parágrafo 2º. La Nación y los departamentos concurrirán en la financiación de los programas contemplados en el parágrafo anterior y coordinarán las acciones para erradicar el hambre y la indigencia, en los municipios y distritos, bajo el principio de solidaridad social.

Artículo 36. *La estructura organizacional en salud del nivel municipal debe estar conformada de la siguiente manera.* El Alcalde Municipal es el responsable directo y ejecutor de las políticas que se disponen de acuerdo con el orden jerárquico en su jurisdicción, como máxima autoridad, contempladas en la presente ley, y tendrá un control político ejercido por el Concejo Municipal, un control del Ministerio Público en cabeza del Personero Municipal y un control ciudadano por parte de la Red Municipal de Veedurías Ciudadanas.

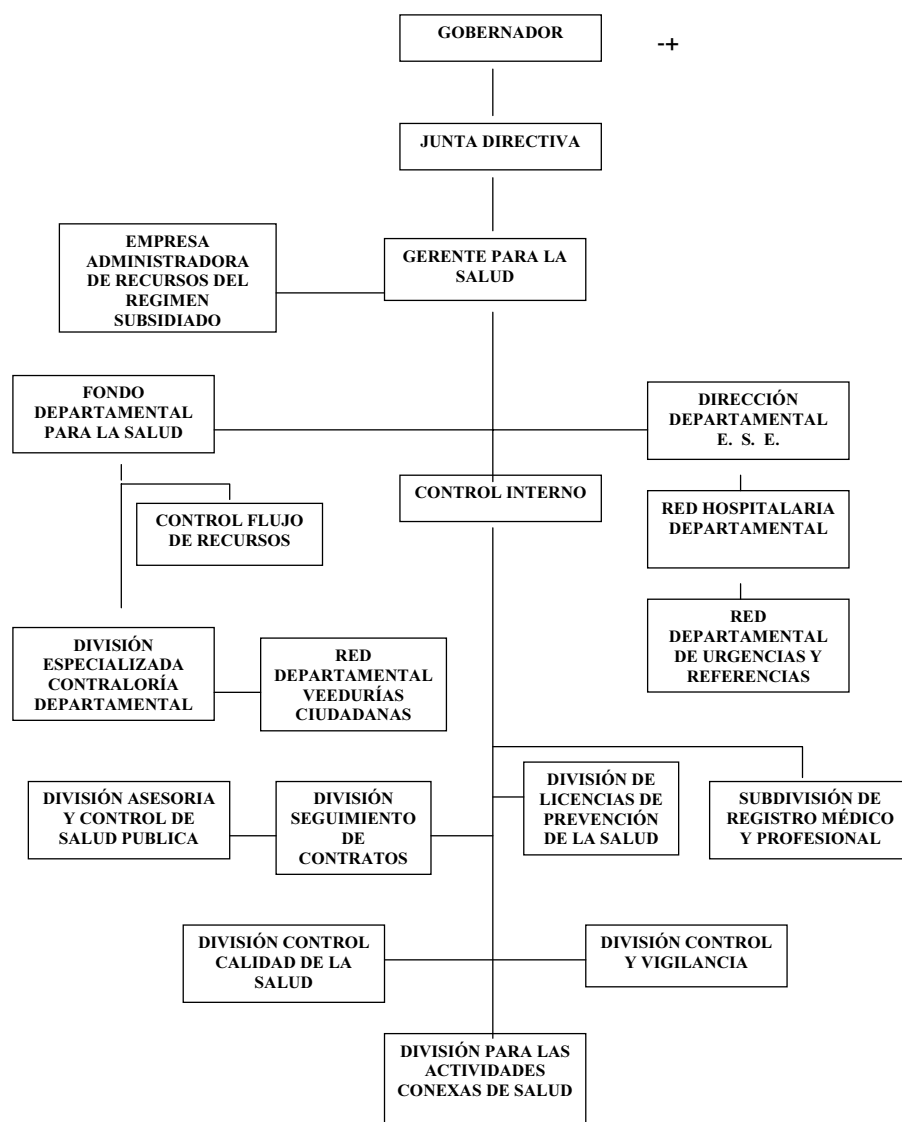
La Empresa Social del Estado del orden municipal debe tener una Junta Directiva, un Comité de control social, un grupo básico de salud familiar y comunitaria, un control de atención en salud comunitaria, una dependencia para medicamentos e insumos y un grupo de salud pública encargado de las funciones de saneamiento ambiental.

Las instituciones conexas son las que coadyuvan en las acciones complementarias de la salud municipal, y comprenden el grupo de deporte, cultura y recreación, las comisarías de familia, la empresa de agua potable y saneamiento básico, los restaurantes escolares, la organización de vivienda y la atención a grupos vulnerables.

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA SALUD
A NIVEL MUNICIPAL**



**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA SALUD A
NIVEL DEPARTAMENTAL**



Artículo 37. *Segundo y tercer nivel de atención.* El segundo nivel de atención en salud estará a cargo de las Secretarías o Gerencias para la salud de índole departamental, estarán constituidos por el sistema de régimen subsidiado complementario y demás servicios y parámetros que fije el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que se prestará en forma directa por las Empresas Sociales del Estado de orden departamental, o por asociaciones de departamentos según su área geográfica y categoría y contarán para la administración de sus recursos con una empresa administradora de recursos del régimen subsidiado y la estructura organizacional de la salud, según el siguiente organigrama.

Artículo 38. *La estructura organizacional de la salud a nivel departamental debe estar conformada de la siguiente manera.* El Gobernador es el responsable directo y ejecutor de las políticas que se disponen de acuerdo con el orden jerárquico en el departamento, como su máxima autoridad, contempladas en la presente ley, y tendrá una Junta Directiva, un Gerente para la Salud, una Empresa Administradora de recursos del Régimen subsidiado, un Fondo Departamental para la Salud, una Dirección Departamental de las Empresas Sociales del Estado, la Red Hospitalaria Departamental, un control interno, un control de flujo de recursos, una División especializada de la Contraloría General Departamental, una División de seguimiento de contratos, una División de control y Vigilancia, una División Asesora de Contratos, una División de Control de calidad, una División para las actividades conexas en salud y una subdivisión de Registro Médico y Profesional.

Artículo 39. *Junta Directiva para la Salud Departamental.* La Junta Directiva de índole departamental estará conformada por las siguientes personas:

- 39.1 El Gobernador o Presidente de la Asociación de Departamentos.
- 39.2 El Secretario de Salud o Gerente para la Salud.
- 39.3 El Gerente de la Empresa Administradora de Recursos del Régimen Subsidiado.
- 39.4 Dos Alcaldes delegados de la Federación Colombiana de Municipios del respectivo capítulo departamental.
- 39.5 Dos Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, uno de segundo nivel y otro del tercer nivel, elegidos por la asociación de las E.S.E. Departamentales.
- 39.6 Dos representantes de los usuarios del régimen subsidiado, complementario, designados por la asociación de usuarios o de beneficiarios de la salud.
- 39.7 Un representante de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo del respectivo departamento o asociación.
- 39.8 Un representante de las veedurías ciudadanas del respectivo departamento.

Artículo 40. *Funciones de las Juntas Directivas para la Salud Departamental.* Las funciones de las Juntas Directivas para la salud de índole Departamental entre otras son las siguientes:

- 40.1 Aplicar y ejecutar las políticas trazadas por el Gobierno Nacional.
- 40.2 Establecer los parámetros para la elaboración y armonización del proyecto de Plan de Desarrollo Departamental.

40.3 Preparar el proyecto de presupuesto del sector salud que presente el Gobernador a la Asamblea Departamental.

40.4 Elaborar su propio reglamento.

40.5 Discutir y aprobar los acuerdos que presente el Gobernador, el Secretario o Gerente para la Salud.

40.6 Aprobar la habilitación técnica y operativa de la red hospitalaria, grupos básico familiar y comunitario, centros de salud comunitarios de los municipios de su jurisdicción y demás servicios de salud.

40.6.1 Aprobar las plantas de personal de la red hospitalaria y fijar de acuerdo con su nivel de complejidad, el número de profesionales especializados y establecer el control de los parámetros de estandarización de procesos en las actividades hospitalarias.

40.6.2 Establecer los parámetros y requisitos para determinar los niveles de atención de segundo y tercer nivel de complejidad en la red hospitalaria, de acuerdo con la capacidad de infraestructura física, de recursos humanos y número de personas a atender en la prestación del servicio.

40.6.3 Realizar el seguimiento del flujo de recursos de los dineros que transfiera la Nación al departamento, asociación de departamentos y a los municipios de su jurisdicción.

40.6.4 Realizar el seguimiento a todas las dependencias de salud de índole departamental y de los municipios.

40.6.5 Establecer las matrices para el desarrollo de indicadores de gestión y resultados y calidad de la salud en el respectivo departamento o asociación.

40.6.6 Evaluar los diagnósticos y establecer las acciones sobre los riesgos de la salud que estén afectando a las personas de las diferentes regiones del departamento.

40.6.7 Realizar el control y tomar las medidas, sobre los gastos de funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado y demás Instituciones de Salud del Departamento.

40.6.8 Citar a las sesiones de la junta a los servidores públicos que consideren indispensables para evaluar los informes que estos presenten de la gestión a su cargo.

40.6.9 Presentar los informes de acuerdo con las exigencias del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre el funcionamiento de la salud en el respectivo departamento o asociación.

40.6.10 Las demás que le asigne el Gobierno Nacional o el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 41. *Empresas Administradoras de Recursos del Régimen Subsidiado.* En cada departamento o en la asociación de departamentos de menor área geográfica y poblacional, se establece una empresa administradora del régimen subsidiado complementario, adscrita a la Secretaría o Gerencia para la Salud Departamental, con personería jurídica, patrimonio independiente, cuyo único objeto social es administrar los recursos del régimen subsidiado en salud complementario del área de influencia; cuyo régimen está basado en los principios de eficacia, eficiencia, solidaridad, descentralización, economía, especialidad, calidad, familia y comunidad, coordinación, conexidad, complementariedad, concurrencia, responsabilidad social, participación social, objetividad y transparencia.

Artículo 42. Los recursos que administren las Empresas Administradoras de Recursos del Régimen Subsidiado de los departamentos o asociaciones; son recursos de destinación específica sin unidad de caja con los demás recursos de la salud del departamento o de otros sectores, la administración, y manejo de los mismos se debe realizar con absoluta transparencia y control preferente de los organismos de control del Estado y de la comunidad; los procesos de contabilidad y manejo de cuentas bancarias se deben desarrollar bajo los criterios y parámetros de Gerencia Pública, y publicidad permanente en las páginas web de las respectivas Empresas Administradoras de Recursos del Régimen Subsidiados.

Parágrafo 1°. Toda Empresa Administradora de Recursos del Régimen Subsidiado complementario deberá rendir cuentas dentro de los primeros diez (10) días de cada mes a la respectiva división especializada para salud de la Contraloría Departamental de su jurisdicción, de acuerdo con los parámetros que establezca la respectiva Contraloría, en los cuales se debe reflejar con claridad el flujo de recursos, el control, seguimiento y evaluación de resultados.

Parágrafo 2°. Con los recursos del Régimen Subsidiado complementario se pagarán oportunamente los compromisos contraídos en la prestación de servicios del segundo y tercer nivel de complejidad, a las entidades prestadoras de servicios de salud, bajo el principio de celeridad y responsabilidad social, y de conformidad con el cronograma de flujo de recursos y programación de caja. El retardo o dilatación de procesos que alteren el buen funcionamiento de las entidades que prestan los servicios de salud, constituye ineficiencia y rompe la objetividad de la seguridad social en salud; por lo tanto constituye falta disciplinaria, clasificada como falta gravísima, sancionable de acuerdo con el Código Único Disciplinario.

Artículo 43. *En cada departamento o asociación se establecerán divisiones o subdivisiones encargados de:*

43.1 Fondo Departamental para la Salud, que garantice el adecuado manejo de los demás recursos departamentales destinados a la salud, bajo los mismos criterios establecidos en el artículo 16 de la presente ley.

43.2 Control flujo de recursos.

43.3 Dirección Departamental de Empresas Sociales del Estado.

43.4 Red Hospitalaria Departamental.

43.5 División de Control y Vigilancia.

43.6 Subdivisión de Registro Médico y Profesional.

43.7 División de Control de Calidad de la Salud.

43.8 División de Asesoría y Control de la Salud Pública.

43.9 División de Seguimiento de Contratos.

43.10 División para las actividades conexas de la salud.

Artículo 44. *División especializada de la salud de Contralorías Departamentales o Territoriales.* Se establecen en los departamentos, distritos o municipios que cuentan con Contraloría; una división especializada, conformada por un grupo de profesionales especializados en finanzas públicas, contaduría, auditorías de salud y en evaluación de resultados, destinados exclusivamente al control fiscal y de resultados del sector de la salud, que responderán por el control fiscal en el manejo de los recursos de la salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus respectivos departamentos y municipios.

Artículo 45. *Período de transición.* Establézcase un término de seis (6) meses, contados a partir de la publicación de la presente ley para efectos de transición de las actuales Administradoras de Régimen Subsidiado a las Empresa Administradoras de Régimen Subsidiado básico y complementario de los respectivos departamentos o asociaciones y municipios. La Superintendencia Nacional de Salud establecerá las sanciones a que haya lugar por el incumplimiento de las ARS que no cumplan con lo establecido en el presente artículo.

Artículo 46. Las Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado complementario de los Departamentos o asociaciones, transferirán dentro de los primeros diez (10) días de cada mes los recursos de la Unidad de Pago por Capitación que corresponden al régimen subsidiado complementario de salud a los respectivas Empresas Sociales del Estado de nivel departamental, correspondientes al segundo y tercer nivel de complejidad. De conformidad con el número de personas aseguradas en el respectivo departamento, previamente afiliadas a régimen subsidiado complementario en salud.

Artículo 47. *Cuarto nivel de atención en salud y el tratamiento de las enfermedades de alto costo.* El cuarto nivel de atención en salud y el tratamiento de las enfermedades de alto costo está a cargo de la Nación, la cual podrá delegar a los departamentos o distritos según la capacidad

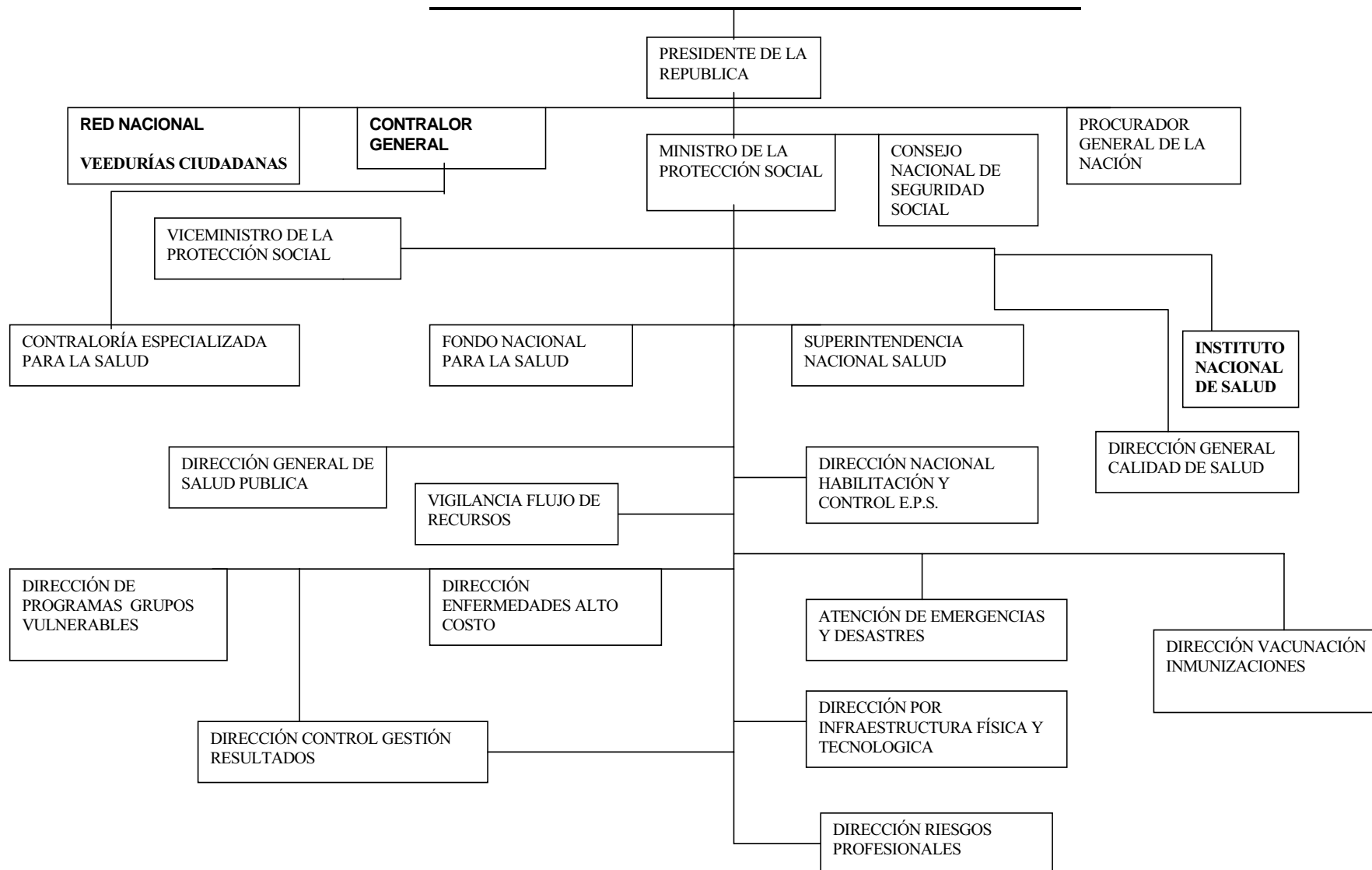
y la distancia con la Capital de la Republica; el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá la organización y parámetros para la prestación de servicio y la administración de hospitales, clínicas o institutos especializados de gran complejidad que presten los servicios de salud de alto riesgo y de gran complejidad, quienes tratarán las enfermedades de alto costo y procedimientos de cuarto nivel de complejidad; el Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente y aportará en su presupuesto los recursos suficientes para la atención de estos servicios.

Artículo 48. La Estructura Organizacional de la Salud a nivel Nacional será la contemplada en el organigrama contemplado en la presente ley;

incorporando, además, la Red Nacional de Veedurías Ciudadanas, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República.

Parágrafo. El Gobierno Nacional dentro de los seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, efectuará los ajustes en la estructura de la nación en el Ministerio de la Protección Social, para efectos de incorporar y reglamentar el funcionamiento de la nación de acuerdo con sus competencias para el cabal cumplimiento de la presente ley, sin perjuicio de la racionalidad de los recursos que se debe limitar para evitar el crecimiento de la planta de personal.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA SALUD A NIVEL NACIONAL



Artículo 49. El Gobierno Nacional en un termino de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, reglamentará el funcionamiento de la superintendencia nacional de salud, sus competencias y el régimen sancionatorio de conformidad con los criterios de la presente ley.

Artículo 50. *Entidades Promotoras de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables ante el Estado y los particulares, por la afiliación, registro y el recaudo de las cotizaciones, por la delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía, por la correcta aplicación de los recursos que se le confían, la rendición de cuentas a la superintendencia de salud, la fidedignidad de sus informaciones y registros contables y el cumplimiento cabal de las disposiciones de la presente ley, por la aplicación del Plan Obligatorio de Salud por los deberes y derechos de la aplicación de los servidores de la salud, y el código de ética médica y profesional de la salud. Su función básica será organizar y garantizar, directa a través de su infraestructura debidamente habilitada por el Estado, o indirectamente por contratos de prestación de servicios a través de la red pública de salud, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía

corresponderán a lo establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 51. *Funciones de las Entidades Promotoras de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

51.1 Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía, o fondo para la salud, para la captación de los aportes que el Ministerio de la Protección Social, establezca de los aportes que los afiliados al Sistema General de Seguridad Social, realicen al Estado, los cuales transferirá en forma inmediata en los términos que este establezca cumpliendo con el principio de eficiencia.

51.2 Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.

51.3 Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional.

51.4 Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla los requisitos de ley.

51.5 Definir 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 y su familia.

51.6 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 oportunos por el pago de la prestación de servicios.

51.7 Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente de calidad de oportunidad y suficiencia, en igualdad de condiciones y demás requisitos establecidos para las instituciones prestadoras del servicio de salud.

51.8 Contar, mantener y operar la infraestructura, equipos, materiales y demás medios exigidos para su habilitación, que cumplan con el principio de adaptabilidad de la presente ley y ordenar sus servicios en forma oportuna y suficientemente de estos medios. En especial las ambulancias y órdenes de referencia de pacientes atendidos en unidades de urgencias o que el dictamen médico determine su atención inmediata en una Institución superior de atención de mayor complejidad; prestar durante las 24 horas el personal idóneo y suficiente para el cumplimiento de esta función.

51.9 Manejar con transparencia, objetividad y calidad los recursos del régimen contributivo o los que transfiera el Estado para la prestación de los servicios a su cargo, para lo cual responderá fiscal, penal y patrimonialmente por el desvío de los mismos, así mismo controlar permanentemente la correcta aplicación de los mismos y establecer las pólizas de garantía de buen manejo, hasta por el 100% de los recursos que maneje.

51.10 Pagar oportunamente los compromisos adquiridos con las Instituciones o Entidades de Salud, públicas o privadas, proveedores, personal profesional, técnico, auxiliar u operario, para lo cual no podrá sobrepasar el término de cuarenta y cinco días, so pena de pagar los intereses moratorios establecidos por la Superintendencia Bancaria y su reincidencia será causal de liquidación de la misma por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

51.11 Rendir en forma oportuna las cuentas, tanto del manejo de los recursos como de gestión y resultados, lo mismo que los demás procedimientos que determine la Superintendencia Nacional de Salud o el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a estos mismos.

51.12 Las demás que determine el Gobierno Nacional o el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 52. Para garantizar el plan de salud obligatorio a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud; prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones de la red pública prestadora de los servicios de salud y contratarán los profesionales suficientes, idóneos acreditados por el Estado, con la suficiente experiencia y el personal administrativo y operario en igual forma, para lo cual el Ministerio de la Protección Social reglamentará lo pertinente.

Artículo 53. Las Entidades Promotoras de Salud, contratarán con la red pública de primer nivel de complejidad, y estas prestarán los servicios a través de sus Empresas Sociales del Estado, grupos básicos de salud familiar y comunitario o centro de salud comunitarios, las actividades de promoción, prevención y atención de la salud en primer nivel de complejidad.

Artículo 54. *Requisitos de las Entidades Promotoras de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud habilitará como Entidades Promotoras de Salud, a cajas de compensación familiar que aporten recursos para la salud, a entidades de naturaleza privada sin ánimo de lucro, o mixtas que cumplan los siguiente requisitos:

54.1 Tener una razón social que sea exclusividad la prestación de los servicios de salud.

54.2 Tener personería jurídica reconocida por el Estado.

54.3 Tener el capital financiero suficiente para garantizar la sostenibilidad de la entidad en la prestación de servicios y su administración.

54.4 Contar con la infraestructura, equipos, materiales y demás medios para la prestación de los servicios de salud, suficiente y con calidad a los afiliados.

54.5 Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión y coordinación y control de los servicios de salud de las Instituciones prestadoras de servicios con las cuales atiende a los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles establecidos sobre el particular en la constitución y las leyes.

54.6 Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:

54.6.1 Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socio económicas y del estado de salud de sus afiliados y familias.

54.6.2 Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la de las Instituciones y profesionales prestadores de los servicios.

54.6.3 Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

54.6.4 Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferente grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el Gobierno Nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.

54.6.5 Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez de la Entidad Promotora de Salud que será fijado por el Gobierno Nacional.

54.6.6 Tener un capital social o fondo social mínimo disponible que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad para atender situaciones de riesgo por retardos o insuficiencia en la agilidad del flujo de recursos.

54.6.7 Las demás que establece la ley y el reglamento que adopte el Gobierno Nacional previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 55. *Tipos de Entidades Promotoras de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con el reglamento que expida el Gobierno Nacional acreditará y clasificará la habilitación de la Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos contemplados en el artículo 51 de la presente ley a las siguientes entidades:

55.1 Entidad Promotora de Salud del Instituto de Seguros Sociales.

55.2 Entidades Promotoras de Salud de Cajas de Compensación Familiar, aportantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

55.3 Entidades Promotoras de Salud que puedan crear los departamentos, distritos o municipios y sus asociaciones, o entidades hospitalarias públicas o privadas que deseen organizarse.

a) Entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud siempre y cuando sean sin ánimo de lucro;

b) Organizaciones que hayan sido empresas públicas o privadas prestadoras de servicios de salud a la fecha y hayan cumplido a cabalidad, sin ninguna sanción con las funciones establecidas por la Ley 100 y sus reglamentos:

c) Organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud y las de las comunidades indígenas que cumplan los requisitos;

d) Las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico y su naturaleza jurídica sea sin ánimo de lucro la prestación de servicios de salud.

Parágrafo 1°. Ninguno de los servidores públicos del Estado y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, compañero o compañera permanente ya sea directa o indirectamente, podrán ser socios o propietarios de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo 2°. Toda Entidad Promotora de Salud, incluyendo el seguro social, se aplicará el principio de igualdad, tanto en sus deberes como en sus derechos; en tal virtud los costos y responsabilidades de tratamientos de enfermedades de alto costo serán asumidas en igualdad de condiciones por todas las EPS y sin ninguna discriminación.

Artículo 56. *De los ingresos de las Entidades promotoras de Salud.* Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. Esta unidad se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación de servicios en condiciones de calidad, tecnología, hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de seguridad social originados por las cotizaciones de los afiliados al Sistema, en cuentas independientes del resto de ventas y bienes de la entidad.

Artículo 57. *Prohibiciones para las Entidades Promotoras de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud no podrán:

57.1 Terminar unilateralmente la relación contractual con sus afiliados, ni podrá negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización.

57.2 Exigir copagos o cuotas distintas a las cotizaciones establecidas en la ley, y no prestar los servicios como consecuencia de esta causa.

57.3 Retardar o desviar los recursos de la Seguridad Social en Salud a fines diferentes.

57.4 Alterar documentos o informaciones que soliciten o tengan que rendir cuentas a la Superintendencia Nacional de Salud, autoridades competentes u órganos de control.

57.5 Modificar o no aplicar el Plan Obligatorio de Salud o sus procedimientos.

57.6 Incumplir los principios y disposiciones constitucionales y de la presente ley.

57.7 Incumplir los procedimientos y requisitos de la rendición de cuentas ante la Superintendencia Nacional de Salud y los órganos de control.

57.8 No informar oportunamente a los afiliados y a las Entidades estatales sobre los servicios que tiene la obligación de prestar, los lugares de atención y sobre las citas oportunas.

57.9 Realizar campañas de servicios que no pueda prestar.

57.10 Suministrar tratamientos, medicamentos o servicios no autorizados por el Estado.

57.11 Negarse a suministrar los medio de transporte, comunicación y personal especializado en el traslado de pacientes remitidos por urgencias y buscar la Institución idónea para su atención.

57.12 Suministrar medicamentos que no tengan la calidad y garantía establecida por el Invima.

57.13 Demorar los pagos oportunos a las Instituciones de Salud o proveedores con los cuales haya contraído obligaciones.

57.14 No pagar oportunamente las obligaciones laborales, prestaciones sociales a los servidores de la salud bajo su cargo.

57.15 Incumplir las normas y requisitos de habilitación, y el principio de adaptabilidad, de la infraestructura, equipos o materiales.

57.16 Contratar personal no idóneo para la prestación de los servicios y que viole la garantía estatal.

57.17 Las demás que establezca el Gobierno Nacional, el Consejo Nacional de Seguridad Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará los parámetros para efectos de fijar el régimen de inversión y organización, regular los gastos de operación y funcionamiento, el control del manejo de los recursos, la evaluación de los indicadores de gestión y resultados, estandarización de procesos, y medición de eficacia y eficiencia y la calidad en los servicios de salud de las Entidades Promotoras de Salud, lo mismo que los procedimientos para impedir la libre afiliación de los afiliados a las Entidades Promotoras de Salud. Así mismo establecerá los estímulos a las mejores Entidades Promotoras de Salud que logren los mejores resultados.

Artículo 58. *De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* Las Instituciones Prestadoras de Salud prestarán los servicios correspondientes en el respectivo nivel de atención de complejidad dentro de los principios y parámetros señalados en la presente ley. Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como prioridad los principios básicos de calidad, eficacia y eficiencia, garantía estatal, universalidad, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera además, propenderán y promocionarán la afiliación de los ciudadanos residentes en Colombia a su afiliación a uno de los sistemas de seguridad social en salud, proyectarán su información oportuna y veraz a los usuarios, concurrirán en sus acciones a la atención de los servicios en salud, atenderán con dignidad y relevancia en relaciones humanas a los beneficiarios y en general aplicarán todas las disposiciones para garantizar los servicios de salud a los beneficiarios del sistema.

Parágrafo. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable, revisoría fiscal y auditoría interna de salud, que permita registrar los movimientos contables y sus balances, los PyG, de conformidad con los parámetros establecidos por el Gobierno Nacional para la rendición de cuentas de las Instituciones de salud de acuerdo con las metodologías diseñadas para tal fin, de igual forma adoptar las disposiciones para la aplicación del régimen único de tarifas, adoptar el sistema contable y los procedimientos de evaluación.

Artículo 59. *Del sistema de acreditación.* El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación y de habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, su racionalidad, requisitos y parámetros en los cuales la Superintendencia Nacional de Salud establezca el adecuado control de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 60. *De los pagos moderadores.* Los afiliados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en Salud no estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras ni deducibles. Para los afiliados al régimen contributivo, pagarán la cotización que fije el Gobierno Nacional. En el caso de los beneficiarios al régimen subsidiado los pagos se aplicarán de conformidad con la Unidad de Pago por Capitación por niveles de atención establecida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para la financiación del Plan Obligatorio de Salud. En ningún caso el retardo en los pagos podrá convertirse en barreras para el acceso de los servicios de salud.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones hasta por tres veces del valor del costo del tratamiento que fuere negado al afiliado o beneficiario, como consecuencia de detectar el cobro de cuotas moderadoras.

Artículo 61. *Garantía de sostenibilidad hospitalaria.* El Gobierno Nacional en el término de seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley establecerá el plan de contingencia, y los parámetros de

reestructuración de los hospitales de la red pública nacional. Además establecerá alianzas estratégicas para la recuperación de los hospitales o instituciones de fundaciones, asociaciones o de derecho privado que se encuentren en crisis económica o de funcionamiento, para lo cual podrá establecer convenios con empresas privadas o fusionar como Empresas Sociales de Salud de economía mixta, que asegure en un término a corto plazo la sostenibilidad, y viabilidad de la red pública hospitalaria, lo mismo que de acuerdo con la disponibilidad de recursos concurrirá a financiar el saneamiento y sostenibilidad de los hospitales que se encuentren en crisis.

Artículo 62. *Mantenimiento hospitalario.* Los hospitales públicos o privados en los cuales el valor de los contratos escritos con la nación o entidades territoriales representen más del 30% de sus ingresos totales, deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura, equipos y la dotación hospitalaria.

Artículo 63. *Evaluación tecnológica.* El Ministerio de la Protección Social establecerá las normas que regirán la importación tecnológica y biomédica y definirá aquellas cuya importación será controlada. Igualmente reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con los planes nacionales para la atención de las patologías. Las normas que se establezcan incluirán, entre otras, metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica así como aquellas que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicables tanto en el sector público como en el privado.

Artículo 64. *De la prioridad de dotación hospitalaria y de centros de salud comunitarios.* Los departamentos y municipios darán prioridad en la asignación de recursos de inversión para la salud al fortalecimiento del sistema de atención en lo relacionado a salud familiar y comunitario en sus puestos y centros de salud comunitarios en la dotación básica de equipos y materiales establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para la atención de los niveles de primero, segundo y tercer nivel de complejidad respectivamente. De igual forma se avanzará en la vinculación de personal médico y profesional que defina el Ministerio de la Protección Social para avanzar progresivamente de acuerdo con la demanda en la atención al público hasta llegar a tener disponibilidad las 24 horas en los centros de salud comunitarios. El servicio social obligatorio de los profesionales del área de salud se desarrollará exclusivamente en los grupos básicos de salud familiar y comunitario del área rural y en los centros de salud comunitaria solo lo podrán hacer médicos generales de planta y odontólogos debidamente graduados y con tarjeta profesional. Los requerimientos de dotación que tendrán la red de centros comunitarios y hospitales públicos o privados de cualquier nivel de atención serán establecidos por el Ministerio de la Protección Social quien ejercerá el control técnico y de calidad sobre las dotaciones de tales entidades, directamente o a través de una autoridad delegada.

Artículo 65. *Dirección de los hospitales públicos.* Los directores de los hospitales públicos de cualquier nivel de complejidad, serán nombrados por concurso de méritos según la metodología y requisitos que adopte la función pública y contratados los concursos con entidades idóneas en materia de salud. El mayor puntaje obtenido será el definitivo para su nombramiento y en orden descendente se remplazarán en sus ausencias temporales o definitivas. El Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente de igual forma establecerá los requisitos, la nomenclatura y clasificación de los cargos, sus inhabilidades, incompatibilidades y las escalas salariales.

Artículo 66. Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por los titulares de las entidades territoriales, de ternas obtenidas por concurso de méritos que logren los primeros tres puntajes de acuerdo con los parámetros fijados por la función pública. El Consejo Nacional de Seguridad Social establecerá los requisitos y demás reglamentos en la materia.

Artículo 67. *Incentivos a los servidores y profesionales de la salud.* El Gobierno Nacional y las entidades territoriales podrán establecer estímulos a los servidores y profesionales de la salud que logren mejores desempeños

los cuales podrán ser en educación, ascensos, licencias remuneradas o bonificaciones que permitan mayores resultados en la gestión y servicios de la salud.

Artículo 68. *Empresas Sociales del Estado.* La prestación de los servicios de salud se realizará en forma directa por la Nación o entidades territoriales, se hará a través de las Empresas Sociales del Estado ya sea de índole municipal, departamental o nacional, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa creadas por la presente ley y reguladas por los Concejos Municipales, Asambleas Departamentales o el Consejo Nacional de Seguridad Social, sometidas al siguiente régimen jurídico.

68.1 El nombre deberá mencionar siempre la expresión Empresa Social del Estado y su respectivo índole ya sea municipal, departamental o nacional.

68.2 El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del estado o como parte del servicio público de seguridad social en salud.

68.3 La junta o consejo directivo estará integrado de conformidad con lo dispuesto por el Gobierno Nacional.

68.4 El Gerente o representante legal será designado según lo dispuesto en el artículo anterior de la presente ley.

68.5 Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos.

68.6 En materia contractual se regirá por el derecho privado pero podrán discrecionalmente utilizar cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública.

68.7 El régimen presupuestal será el que se prevea en función de su especialidad, en la ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el reembolso contra la prestación de Servicios en los términos previstos en la presente ley.

68.8 Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación de las entidades territoriales.

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

Artículo 69. *Empresas Sociales de Salud de carácter nacional.* Todas las entidades o instituciones de orden nacional cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud se transformarán en Empresas Sociales de Salud.

Artículo 70. *Empresas Sociales de Salud de carácter territorial.* Las entidades territoriales de índole departamental o municipal, dentro de los seis meses siguientes de la vigencia de la presente ley conformarán o reestructurarán Empresas Sociales del Estado de índole departamental o municipal para la prestación de los servicios de salud a su cargo.

CAPITULO III

Régimen de beneficios

Artículo 71. *Plan de Salud Obligatorio.* El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional en forma progresiva de acuerdo con la disponibilidad de los recursos y en forma ascendente partiendo del primer nivel de complejidad en salud. Este plan permitirá la protección integral de las familias a los servicios de seguridad social en salud, en las fases de promoción, prevención, fomento de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, maternidad y enfermedad general, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del plan obligatorio de salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será el contemplado por los parámetros que defina el Gobierno Nacional; incluyendo la provisión de medicamentos que contengan la calidad y efectividad necesaria en igualdad de condiciones para todos los tratantes, ampliado para los beneficiarios de la familia del

cotizante. Para los afiliados del régimen subsidiado básico y complementario el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará el proyecto del Plan de Salud Obligatorio y el Gobierno Nacional lo adoptará y reglamentará, en el cual se incluya en igualdad de condiciones, por niveles de atención en salud y de acuerdo con su complejidad las acciones y aplicación del plan lo mismo de provisión de medicamentos esenciales de alta calidad en igualdad de condiciones para todos los beneficiarios.

Parágrafo 1°. Los servicios del régimen subsidiado serán prestados a través de la red pública y su administración estará a cargo de las entidades territoriales, basados en los principios y disposiciones de la presente ley.

Parágrafo 2°. Los servicios de salud incluidos en el Plan de Salud Obligatorio serán actualizados 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 apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Parágrafo 3°. La Superintendencia Nacional de Salud verificará y supervisará la correcta aplicación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Prestadora de los Servicios de Salud o Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 4°. Toda Entidad Promotora de Salud asegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo o de enfermedades catastróficas y velará y exigirá por su atención oportuna en las instituciones idóneas para su tratamiento.

Parágrafo 5°. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud todas las instituciones prestadoras de servicios de salud o Entidades Promotoras de Salud, establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realicen por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias y su seguimiento, evaluación que se hará a través de los grupos básicos de salud familiar y comunitaria o centros de salud comunitarios quienes llevarán siempre la ficha única personal y la historia clínica individual o familiar.

Artículo 72. *Cobertura familiar.* El Plan de Salud Obligatorio tendrá cobertura familiar. Para estos efectos serán beneficiarios del sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a dos años; los hijos menores de dieciocho años de cualquiera de los cónyuges que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este; los hijos mayores de dieciocho años con limitaciones físicas o psíquicas o con incapacidad permanente o que tengan menos de veinticinco años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge compañero o compañera permanente, e hijos con derecho a la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente del hijo.

Parágrafo. Todo niño que nazca después de la vigencia de la presente ley quedará automáticamente como beneficiario de la institución prestadora de servicios de salud del nivel territorial o de la Entidad Promotora de Salud a la cual estén afiliados sus padres. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la respectiva entidad el pago por capitación correspondiente de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Artículo 73. *Atención materno infantil.* Se conserva el Plan Obligatorio de Salud para mujeres en estado de embarazo, y cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.

El Plan de Atención para menores de un (1) año, se establece que su atención será integral y será prestada, gratuita, obligatoria y calificada a todo nivel.

Se incluye también el subsidio alimentario consistente en alimentos o nutrientes que se entregan a la mujer gestante y a la madre del menor de un año y que permite una dieta adecuada de nutrición complementaria.

Parágrafo. El Gobierno Nacional continuará desarrollando un programa especial de información y educación de la mujer, en aspectos de la salud integral y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país. Se dará con prioridad al área rural y a los adolescentes que cursan estudios en los planteles educativos, para prevenir el embarazo prematuro. Para el efecto se destinarán el 3% de los recursos anuales del ICBF, el 10% de los recursos de ETESA y un porcentaje que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que provienen del Fondo de Solidaridad y Garantía, el Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente.

Artículo 74. *Atención de urgencias.* La atención inicial de urgencias se debe prestar en forma obligatoria, por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado el accidentado.

Parágrafo. Toda institución de salud pública o privada o Entidad Promotora de Salud, debe contar con los medios suficientes de transporte de ambulancias, equipos de comunicación y demás medios científicos y personal especializado, para el traslado de pacientes atendidos en urgencias, al nivel del servicio respectivo y coordinar su ubicación oportunamente y en las condiciones de poderle prestar la atención debida.

Artículo 75. *Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.* En los casos de urgencias generales ocurridos en accidentes de tránsito, en acciones terroristas de toda índole, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, atención especializada, indemnización por incapacidad permanente o por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El Fondo de Solidaridad y Garantía pagará directamente a la Institución que haya prestado el servicio a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones continuará a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito, de conformidad con los parámetros que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 2°. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

Artículo 76. Toda Institución pública o privada, o entidad prestadora de servicios de salud que tenga a cargo afiliados a los cuales se les presente algún siniestro y tengan que ser atendidos en alguna entidad prestadora de servicios de urgencias, efectuará los pagos contraídos por la prestación de servicios de toda clase de urgencias en un término máximo de 30 días a la Institución prestadora del servicio de urgencias. Vencido este término se duplicará el valor del costo mensualmente como sanción por la mora en el pago. Sin perjuicio de las sanciones que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 77. El Ministerio de la Protección Social, conformará la red nacional de urgencias y establecerá los parámetros, procedimientos, requisitos, habilitación, dotación y en general todas las medidas para el correcto funcionamiento de la red nacional de urgencias. Los departamentos y municipios en igual forma coordinarán la prestación de este servicio las 24 horas del día y dispondrán de los medios de transporte y comunicación de todas las entidades en general del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y además dispondrá del personal especializado para salvar la vida tanto en el centro asistencial como en el medio de transporte.

Parágrafo. El Ministerio de Comunicaciones otorgará la frecuencias de radio-comunicación en los sistemas de VHF, UHF y demás bandas disponibles o en su efecto dispondrá de la comunicación móvil celular en

forma gratuita a las entidades territoriales destinadas exclusivamente para la atención de urgencias, el Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente.

Artículo 78. *Unidad de pago por capitación.* El Consejo Nacional de Seguridad Social estudiará y presentará el proyecto al Gobierno Nacional para su aprobación y reglamentación de la Unidad de Pago por Capitación, y excluirá las actividades que se pagarán por evento, que será establecido por niveles de atención de acuerdo con la complejidad de cada nivel, donde se debe proveer los ingresos y gastos equilibrados por nivel, lo mismo que los gastos para las diferentes acciones de prestación de servicios, administración, y operación del sistema, incluyendo los tratamientos de alto costo y enfermedades catastróficas. Se excluirán los recursos para financiar el plan integral de salud pública.

Artículo 79. *Tarjeta única de identificación en salud.* El Ministerio de la Protección Social diseñará un sistema para la expedición de la tarjeta única de identificación en salud, que cuente con la garantía de evitar duplicidades o falsificaciones y permita que su identificación sea el soporte para acceder a los servicios de salud. El número corresponderá al de la cédula de ciudadanía de los mayores de edad, y el de los menores al de su padre o madre si fuere cabeza de familia.

Parágrafo. Toda institución que preste servicios de salud, contará con un equipo de seguridad que identifique la autenticidad de la tarjeta, y retendrá las que se encuentren en duplicidad o sean falsas, y las enviarán con el respectivo denuncia a las autoridades competentes para su investigación y sanción de conformidad con el Código Penal.

CAPITULO IV

Salud Pública

Artículo 80. *Plan Integral de Salud Pública.* Se establece el Plan Integral de Salud Pública como un servicio del Estado gratuito, obligatorio y calificado al servicio de los residentes en Colombia, orientado bajo los principios de garantía estatal y de seguridad ambiental cuyos objetivos generales son:

Asegurar las condiciones de vida en cuanto a la prevención, control y erradicación de riesgos que afecten o puedan afectar las condiciones de vida de los seres humanos en su salud, conexos a su entorno, a su medio, ecomapa, y hábitos, generados por las actividades inadecuadas que causan enfermedades determinantes para la morbilidad y mortalidad de los individuos. Establecer las acciones para obtener el acceso al agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, el suministro de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y medio ambiente, acceso a la educación en información en salud incluida la salud sexual y reproductiva y en general las condiciones que mejoren la calidad de vida de las personas.

El Plan Integral de Salud Pública está a cargo de las entidades territoriales, quienes bajo la responsabilidad de los servidores de la salud, son responsables de la aplicación de los principios, las normas, procedimientos, actividades y recursos contemplados en la presente ley y las demás disposiciones relacionadas con el saneamiento ambiental, la salud, el Código Sanitario y la garantía al derecho a la vida.

Artículo 81. Para efectos del artículo anterior se desarrollarán entre otras las siguientes competencias:

Corresponde a la Nación. A través del señor Presidente de la República adoptará las políticas del Plan Integral de Salud Pública y expedir las directivas presidenciales para que los Ministerios competentes bajo el principio de coordinación establezcan los Planes, Programas y Proyectos a nivel nacional y los ejecuten las entidades territoriales a nivel local.

81.1 Establecer la reglamentación, las metodologías, el sistema de evaluación y control, y el Régimen sancionatorio de la normatividad del Plan Integral de Salud Pública.

81.2 Establecer los programas de capacitación a las entidades territoriales, lo mismo que las campañas de promoción del Plan Integral de Salud Pública.

81.3 Establecer las condiciones y requisitos para garantizar la calidad de los productos de consumo humano y las actividades que causen impacto, colocando en riesgo la salud de los individuos.

81.4 Establecer un severo control para la correcta aplicación de los tratados internacionales y demás Convenios relacionados con la Organización Mundial de la Salud.

81.5 Tomar las medidas preventivas para evitar el ingreso al territorio nacional de productos o actividades que generen el mínimo riesgo a la salud humana o seres vivos que tengan contacto con los mismos y afecten su medio ambiente.

81.6 Establecer los parámetros, procedimientos y reglamentación para la expedición por parte de las entidades territoriales de la licencia preventiva de riesgos de la salud.

81.7 Concurrir en la financiación de recursos a los departamentos y municipios en la ejecución del Plan Integral de Salud Pública.

81.8 Establecer el control de tutela para garantizar los derechos fundamentales conexos al de la salud, sobre las autoridades ambientales y sanitarias, que expidan actos administrativos que sus efectos jurídicos, coloquen en riesgo la salud de las personas.

Corresponde a los departamentos. A través de las Secretarías de Salud, o Gerencias para la Salud:

81.9 Adoptar la políticas fijadas por el Gobierno Nacional del Plan Integral de Salud Pública y hacerlas cumplir en los municipios del departamento.

81.10 Prestar la asesoría y el seguimiento a los municipios de su jurisdicción para la aplicación del Plan Integral de Salud Pública, lo mismo que realizar su evaluación y control de resultados.

81.11 Establecer en el departamento la situación de riesgos de la salud, y recomendar al Gobierno Nacional las acciones pertinentes, para evitar los riesgos que causen o puedan causar en la salud de las personas.

81.14 Expedir las licencias de prevención de riesgos de la salud, de índole departamental, evaluar y controlar las licencias expedidas por los municipios de su jurisdicción y tomar los correctivos necesarios.

81.15 Realizar el control sobre áreas vulnerables, que su impacto ambiental, esté causando afectación a la salud de un grupo de habitantes.

81.16 Las demás contempladas en las competencias territoriales o en las demás disposiciones vigentes.

Corresponde a los municipios. A través de sus ESE y los centros de salud comunitarios, la prestación y ejecución de las acciones del Plan Integral de Salud Pública de índole Municipal, de conformidad con los criterios establecidos por el Gobierno Nacional, y de acuerdo con las competencias territoriales fijadas en la presente ley entre otras:

81.17 Expedir las licencias de prevención de riesgos de la salud de índole municipal de conformidad con los parámetros establecidos por el Gobierno Nacional.

81.18 Vigilar la calidad de agua potable para el consumo humano.

81.19 Vigilancia y control de la calidad del aire a través de estaciones de monitoreo.

81.20 Vigilancia y control de sustancias químicas y potencialmente tóxicas.

81.21 Control de riesgos biológicos; control de roedores y vectores e inmunización.

81.22 Vigilancia y control de plantas de sacrificio animal y expendio de carnes.

81.23 Inspección, vigilancia y control sanitario de fábricas o industrias procesadoras de alimentos para consumo humano.

81.24 Inspección, vigilancia y control de industrias envasadoras, o productos lácteos o frigoríficos.

81.25 Vigilancia y control de transporte de alimentos.

81.26 Vigilancia y control de bebidas alcohólicas.

81.27 Vigilancia y control de expendio de medicamentos.

81.28 Vigilancia y control de expendio de productos químicos para la agricultura y ganadería.

81.29 Y en general todas las actividades relacionadas a evitar riesgos a la salud humana.

Artículo 82. *Licencia preventiva de riesgos de la salud.* Se establece la licencia preventiva de riesgos de la salud, para toda actividad que genere impacto en la salud de las personas. La cual será expedida por los profesionales o técnicos de salud pública o saneamiento ambiental, del Ministerio de la Protección Social, las Secretarías o Gerencias para la Salud de los departamentos o las direcciones locales de salud de los Municipios respectivamente. La clasificación de acuerdo con su complejidad la expedirá el Gobierno Nacional, dentro de los noventa (90) días contados a partir de la expedición de la presente ley; bajo los parámetros de competencia de las entidades territoriales y de acuerdo con la conveniencia en la aplicación de las políticas del Plan Integral de Salud Pública.

Artículo 83. Toda persona natural o jurídica que en la actualidad esté desarrollando actividades que generen impacto en riesgos de salud, contarán con un plazo de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley, para tramitar y obtener la licencia preventiva de riesgos de la salud, de conformidad con las disposiciones que establezca el Gobierno Nacional.

Artículo 84. Las empresas generadoras de energía eléctrica que en la actualidad a través de embalses estén utilizando aguas contaminadas para la generación de energía eléctrica donde se detecten residuos peligrosos y su impacto ambiental esté causando riesgos en la salud de los habitantes de un municipio; deberán destinar los recursos suficientes para poner en funcionamiento plantas de tratamiento que garanticen la calidad del agua a utilizar de conformidad con los parámetros de la Organización Mundial de la Salud. En el término de un (1) año contado a partir de la vigencia de la presente ley subsanarán los perjuicios y repararán los daños causados para evitar riesgos en la salud de las personas.

Parágrafo. Las Empresas de Acueducto y Alcantarillado de las ciudades capitales, que en la actualidad estén vertiendo sus aguas a los ríos sin el debido tratamiento, afectando la salud de los habitantes del área de influencia, deberán realizar los aportes necesarios en sus respectivos presupuestos a partir de la vigencia fiscal del año dos mil cinco (2005) y adelantar los proyectos de tratamiento y descontaminación. La Dirección de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, impondrá sanciones a las empresas que no cumplan con este requisito hasta por diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales, acción que se podrá repetir hasta tanto no se realicen las acciones que eviten el detrimento en la calidad de la salud de las personas.

Artículo 85. Las autoridades territoriales impondrán sanciones a toda persona natural o jurídica que dentro de su jurisdicción no cuente o aplique las disposiciones contempladas en la licencia preventiva de salud. La clasificación de la sanción será impuesta de acuerdo con los costos que generen las actividades de reparación del daño causado a los habitantes de la jurisdicción de su respectivo territorio de conformidad con el avalúo que establezca la autoridad competente. El Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente en los plazos y términos establecidos en el artículo 81 de la presente ley.

Artículo 86. Toda autoridad o servidor público que cuente con la responsabilidad de expedir actos administrativos relacionados con permisos temporales de licencias ambientales o sanitarias, deberá exigir previamente la licencia preventiva de riesgos de la salud. La omisión en el cumplimiento del presente artículo, por parte de la autoridad o servidor público competente será clasificado como falta gravísima de conducta y sancionada de conformidad con el Código Disciplinario Unico.

CAPITULO V

Financiación del sistema, control de recursos y disposiciones especiales

Artículo 87. Los recursos económicos de la salud son por esencia y aplicación prioritaria de la inversión social, fuente vital para salvaguardar la vida de las personas residentes en Colombia; por tal mandato constitucional el Estado a través de su estructura administrativa dará trato preferente al buen manejo en la eficiencia y aplicación de los principios y normas que deben aplicar las entidades territoriales y órganos de control en el manejo específico de los mismos.

Artículo 88. *Fuentes de financiación.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará financiado de la siguiente forma:

88.1 Por los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, contemplados en los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, la Ley 715 de 2001.

88.2 Por los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía.

88.3 Por los recursos de ETESA.

88.4 Por los recursos de rentas cedidas.

88.5 Por los recursos del Presupuesto Nacional destinados para las diferentes actividades de la salud pública.

88.6 Por los recursos propios de los departamentos.

88.7 Por los recursos propios de los distritos y municipios.

88.8 Por los aportes de las Cajas de Compensación Familiar.

88.9 Por los aportes de las cotizaciones al Régimen Contributivo.

88.10 Por los aportes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras.

88.11 Por los recursos destinados por el Fondo Nacional de Regalías para Salud.

88.12 De los recursos provenientes de venta de servicios.

88.13 Los demás destinados por la Nación, los departamentos, los distritos y los municipios a programas y proyectos de salud.

88.14 Los recursos provenientes del impuesto social a las armas y municiones.

Artículo 89. La financiación del primer nivel de complejidad se efectuará con los recursos del régimen subsidiado básico de salud provenientes del sistema general de participaciones, los recursos del Fosyga que se asignen gradualmente al primer nivel de complejidad, los recursos de ETESA, recursos obtenidos por la venta de servicios, rentas cedidas, los contratos de prestación de servicios que se realicen con las E.P.S. del régimen contributivo. Según la distribución per cápita por el número de habitantes por municipio y según los parámetros de aseguramiento establecidos para el primer nivel de complejidad, promoción y prevención, salud pública, prestación de servicios; y el plan de los no cubiertos por el régimen subsidiado y contributivo. Para tal efecto los recursos del Régimen Subsidiado Básico de Salud no podrán ser inferiores al 60% de la UPC del Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 90. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud realizará los estudios y establecerá los parámetros, para la distribución de los recursos destinados a las diferentes actividades del Sistema General de Seguridad Social contempladas en la presente ley, de conformidad con los costos que genere la prestación de servicios de salud, de acuerdo con el nivel de complejidad y por niveles de atención. La Unidad de Pago por Capitación se asignará de acuerdo con el estudio de costos por nivel de atención, previa concertación con las entidades territoriales e instituciones de salud. De igual forma realizará la distribución de los recursos de salud pública para el desarrollo del Plan Integral.

Artículo 91. *Control de recursos para salud.* El Estado a través de los órganos de control y la Superintendencia Nacional de Salud, establecerá los mecanismos y procedimientos para garantizar el buen manejo de los recursos de la salud. Para tal efecto las instituciones mencionadas

anteriormente podrán crear grupos interdisciplinarios encargados del seguimiento y control de los recursos de la salud. Las Contralorías territoriales enviarán los informes respectivos al Gobierno Nacional, para establecer los correctivos en forma oportuna y evitar riesgos en la desviación o dilación de recursos.

Parágrafo. Toda persona natural o jurídica es responsable por la aplicación del principio de responsabilidad social contemplado en la presente ley. Los titulares de la administración de la salud igualmente son responsables por la vinculación o contratación de personas inhabilitadas por sanciones limitantes en el manejo de los recursos de la salud.

Artículo 92. *Sistemas de Información.* Las Entidades Territoriales en cada una de sus organizaciones y bajo la responsabilidad de los Directores o Gerentes de las Instituciones de Salud conformarán un sistema de información el cual reunirá todas las características técnicas y operativas que garanticen la confiabilidad de la información y que permita realizar las evaluaciones objetivas por parte de los organismos de control y autoridades de la salud en el territorio nacional.

Artículo 93. *Vigilancia y control.* El Gobierno Nacional establecerá las disposiciones pertinentes en relación con los procedimientos que adoptará la Superintendencia de Salud para el cumplimiento de los objetivos de control y vigilancia y fijará su reglamento.

Artículo 94. *Régimen sancionatorio.* Sin perjuicio de la autonomía de las entidades territoriales dentro de las facultades concedidas al Gobierno Nacional se establecerá el régimen sancionatorio, su aplicabilidad y reglamentación respectiva.

Artículo 95. Las disposiciones sobre el fondo prestacional de los servidores públicos de la salud conservará su vigencia de conformidad con lo establecido en otras leyes.

Artículo 96. Facúltase al Gobierno Nacional por el término de seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, para reglamentar lo pertinente a la presente ley y para unificar la normatividad vigente en materia de salud y realizar la promoción, difusión y capacitación que se requiera para la aplicación de la presente ley.

Artículo 97. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial lo establecido en el Libro II de la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001.

De los honorables congresistas,

Carlina Rodríguez Rodríguez,
Senadora de la República.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Introducción

Presento a los honorables Congresistas y al Gobierno Nacional, el proyecto de ley, para su estudio y trámite correspondiente, cuyo objetivo es la organización del sistema de salud, a través de la red pública y privada, por niveles de atención, en forma descentralizada y bajo la aplicación de principios. El modelo propuesto establece la prioridad de prestar los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, priorizando las acciones en la prevención y promoción de la salud, cuyos objetivos se centran en el sistema de salud familiar y comunitaria que se presta en el nivel nacional a cargo de los municipios, como actualmente se vienen haciendo en varios países donde los resultados han logrado ser modelos exitosos, permitiendo el ahorro de recursos en enfermedades de alto costo, trasladando sus objetivos a la ampliación de coberturas y logrando la universalidad en la prestación de los servicios.

El proyecto contempla el desarrollo de varias acciones del Estado, tendientes a blindar la protección de los recursos y a interrelacionar las acciones en conexidad con las instituciones afines con la salud, tal como lo contempla la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Además se integran varias acciones de salud pública que varios tratados internacionales establecen, en especial los derechos humanos, encaminados a erradicar los riesgos de las personas residentes en Colombia.

Se profundiza en la aplicación de estándares de procesos, gestión y resultados; rendición de cuentas; deberes y derechos de los autores del sistema; se organiza la estructura del Estado y sus competencias; se modifica el régimen subsidiado en un básico y complementario a cargo de los departamentos y municipios, administrados directamente y bajo la vigilancia de contralorías especializadas en salud.

En general pretendo se adapte un sistema adecuado a las necesidades actuales del país, que permita la administración directa del Estado a través de sus entidades territoriales, blindando el manejo de los recursos, y buscando erradicar la crisis hospitalaria y de la red pública.

A través del acompañamiento de mis colegas en el proceso legislativo que requiere el trámite de este proyecto, espero la solidaridad y sus valiosos aportes para enriquecer el proyecto propuesto.

Análisis del sistema actual de salud

El Congreso de la República a través de las legislaturas comprendidas entre 1989 y 2004, ha efectuado varias reformas al Sistema de Salud en nuestro país, especialmente la Ley 10 de 1990 reorganizó el Sistema Nacional de Salud en la forma de prestación de los servicios, descentralizando en los municipios sus competencias y en general adoptando nuevas políticas que permitieran un mayor alcance y eficiencia en los servicios de salud. Posteriormente en la Reforma Constitucional de 1991 se definieron claramente en su artículo 49 los parámetros para la prestación de los servicios de salud, organizándose en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Luego el Congreso de la República tramitó el proyecto que se constituyó en la Ley 100 de 1993, denominada Seguridad Social en Salud. La complejidad del sistema de acuerdo con su estructura normativa desarrolló nuevas tendencias en la prestación de los servicios, los cuales en su mayoría y especialmente la administración del Régimen Contributivo y Subsidiado lo han venido prestando las Entidades Promotoras de Salud y administradoras del régimen subsidiado, convirtiéndose el sistema en un prototipo de intermediación en la aplicación de los recursos, pese a los resultados obtenidos en el aseguramiento de la población. Este modelo ha tenido como consecuencia el logro de una crisis aguda de las últimas décadas de la red pública, especialmente la red hospitalaria que en la actualidad 22 hospitales se encuentran en crisis y a punto de desaparecer.

La Ley 715 de 2001 igualmente trajo como consecuencia la centralización en la prestación de los servicios en los departamentos. Según el diagnóstico realizado en varios municipios de las diferentes categorías, en los municipios que lograron su certificación, actualmente los beneficiarios son atendidos a satisfacción, versus municipios que no lograron su certificación se encuentran los beneficiarios del sistema en un inconformismo total, por la falta de no aplicar directamente los recursos y no tener un control directo en la prestación de los servicios.

La intermediación y centralización impactó en el Sistema de Salud de tal forma que unido a la crisis económica del país, las EPS han logrado beneficiarse económicamente, arrojando grandes dividendos para sus empresas colocándolas entre las mejores del país, al contrario del “déficit” fiscal de la red pública que se encuentra en saldo rojo como lo demuestran los últimos informes de las diferentes publicaciones; de igual forma no existe satisfacción de los afiliados y beneficiarios, ya que la calidad en la prestación de servicios no llena las expectativas en los procedimientos, y especialmente en la prevención, y suministro de tratamientos, medicamentos, para el mantenimiento de la salud y la rehabilitación de los pacientes tratados, ya que la normatividad existente permite que las entidades prestadoras dirijan sus objetivos a economizar recursos y racionalizar procedimientos que logren mayores dividendos para los propietarios o Entidades Promotoras de Salud.

Por tales circunstancias y bajo la responsabilidad que asumí como Senadora de la República y en vista de las frecuentes solicitudes tanto de la comunidad como de las señoras alcaldesas, alcaldes, concejales, líderes y dirigentes de las comunidades del territorio nacional sobre la crisis del sistema de salud que se está presentando en todo el territorio

nacional; emprendí con mi grupo de profesionales de la Unidad de Trabajo Legislativo y la asesoría de expertos en materia de salud, una exhaustiva investigación sobre el diagnóstico en el funcionamiento del Sistema General de Salud de los países que actualmente cuentan con modelos exitosos en la prestación de servicios de salud, tales como Brasil, Costa Rica, Chile y Canadá, entre otros. Al efectuar el análisis comparativo con nuestro actual sistema se pudo obtener que para efectos de erradicar la crisis en la red pública y hospitalaria se requiere realizar una modificación estructural en el actual sistema y desarrollar una organización adecuada en la prestación de los servicios, establecer acciones comenzando por el establecimiento de un sistema de salud familiar y comunitario que permita adelantar acciones al Estado colombiano de “**prevención y no de curación**”. También comienzo a destacar el estudio que se adelantó para interpretar el espíritu de la Constitución en relación con el artículo 49, en el sentido de desarrollar la organización en la prestación de los servicios de salud, por niveles de atención, en forma descentralizada y con participación de la comunidad.

Una vez se realizó la revisión de los diferentes proyectos de ley presentados tanto por el Gobierno Nacional y los congresistas, escuchar las diferentes opiniones de los sectores que han solicitado la reforma del actual sistema y pese al gran esfuerzo intelectual, profesional de los honorables Congresistas como del Gobierno Nacional, los proyectos no llenan las expectativas en su totalidad para solucionar la grave crisis del sistema de salud. Al analizar las exposiciones de motivos, especialmente la que corresponde al Proyecto de ley número 052 Senado, presentado por el Gobierno Nacional, y al revisar los Anales del Congreso en cuanto se refiere al trámite de la Ley 715 de 2001, se encuentra que el objetivo de corregir las falencias de la Ley 100 de 1993, y determinar que los recursos de promoción y prevención del 4.01% del valor de la UPC-S a cargo de las entidades territoriales, se les asignó, especialmente a los municipios, toda vez que las ARS y EPS no estaban cumpliendo con estas actividades y por el contrario quienes las desarrollaban eran los municipios. Por lo tanto volver a revivir esta falencia es conllevar a aumentar el inconformismo con las ARS y EPS y lograr la insatisfacción aún más entre los beneficiarios. El sustento del Ministerio de la Protección Social se enfatiza en algunas encuestas al respecto de lo anteriormente mencionado, versus los análisis de las autoridades locales que demuestran lo contrario; por lo tanto concluyo manifestando que en la realidad los municipios que demuestran insatisfacción en la prestación de los servicios de promoción y prevención son los municipios no descentralizados, toda vez que la Ley 715 de 2001 les quitó esta competencia, lo que significa que las acciones las están desarrollando los departamentos y por ende se rompe el objetivo central de la descentralización, ya que estas acciones deben estar a cargo de los municipios, asesoradas y supervisadas por los departamentos como se desprende del ordenamiento constitucional. El boletín epidemiológico publicado por la Secretaría de Salud del departamento de Cundinamarca refleja los indicadores básicos de la situación de la salud en el departamento, permite hacer un cuadro comparativo de los resultados obtenidos por los municipios descentralizados.

Por lo tanto presento este proyecto de ley que busca un servicio tan esencial como el de la salud no se comience a limitar en las condiciones de crisis económicas que afrontan nuestro coterráneos y los propósitos de las políticas de Estado se desarrollen con efectividad.

Análisis de las finanzas en salud

Actualmente el Sistema de Seguridad Social de Salud tiene proyectado para la vigencia fiscal 2004, para subsidios los siguientes recursos:

AÑO 2004

RECURSOS SUBSIDIO DEMANDA

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Punto de Cotización | 624.597.623.726 |
| Aporte del Presupuesto Nacional | 253.623.371.254 |
| Cajas de Compensación Familiar | 69.007.764.259 |
| Rendimientos | 111.411.979.646 |

| | |
|--|--------------------------|
| ETESA | 35.000.000.000 |
| OTROS (excedentes, multas, reintegros) | 73.756.051.136 |
| SGP Demanda + 62,81% SGP oferta | 2.466.528.587.378 |
| <i>Conpes 79 04 Demanda 12/12</i> | <i>1.622.704.581.818</i> |
| <i>SGP oferta (Transversal 62,81%)</i> | <i>843.824.005.560</i> |
| Subtotal demanda | 3.633.925.377.399 |
| RECURSOS OFERTA | |
| 40% SGP oferta | 499.628.467.168 |
| Rentas cedidas | 496.019.614.308 |
| Subtotal oferta | 995.648.081.476 |
| TOTAL RECURSOS | 4.629.573.458.875 |

(Fuente de la Dirección General de Financiamiento del MPS).

A diciembre 31 de 2003, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, la cartera reportada asciende a un billón ciento quince mil millones de pesos, sumado entre los diferentes deudores como EPS, IPS, ARS, Prestadoras de Servicios de Salud, Aseguradoras, Empresas de Medicina Prepagada, Planes complementarios y giros pendientes del Gobierno a los hospitales; que según el informe de la Revista *Debates*-El Congreso de la República al Día, de septiembre y octubre de 2004 en su página número 8 y 9 ascenderían a 2.5 billones de pesos.

Según la encuesta de calidad de vida del 2003, el 62% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud clasificada de la siguiente forma:

El 39% está afiliado al Régimen Contributivo, el 23% al Régimen Subsidiado y el 38% de la población no se encuentra asegurado a ninguno de los Regímenes establecidos, lo cual significa que las alternativas que ha presentado el Gobierno Nacional, requieren ajustes estructurales en la parte financiera, toda vez que no se encuentran reflejados indicadores sobre el comportamiento financiero de las ganancias obtenidas por la intermediación durante los 10 años de vida de la Ley 100 de 1993, de sus EPS y ARS, lo mismo que los demás actores prestadores del servicio de salud de índole diferente a la red pública, que sería indispensable estudiar durante el trámite del proyecto de ley.

El estudio financiero de capital social reflejado en los resultados finales que arrojan las encuestas a los usuarios, según varias publicaciones indican que el 24.1% de los ciudadanos se siente mal atendido. El 31.1% asegura que no acude a servicios médicos por falta de dinero (copagos o cuotas moderadoras). Según el estudio la calidad de los servicios empeoró. Mientras que en 1997 el 16.9% de los encuestados calificó como mala o regular la prestación de los servicios en la capital de la República, esta cifra ascendió en el año 2003 a un 24.1% de insatisfacción, sumado a la insatisfacción en la entrega de medicamentos y calidad, lo mismo que al incumplimiento de las citas y en general a evitar gastos en la prestación de los servicios, lo que significa que en las inversiones realizadas en los 10 años de vida de la Ley 100 los resultados de gestión obtenidos en la inversión del Estado no cumple las políticas trazadas, ya que no solamente se trata de invertir recursos sino de lograr la calidad de vida de los gobernados, y en especial cumplir con el derecho fundamental de garantizar el derecho a la vida a través de la inversión social.

Análisis jurídico

En la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, aprobada en 1948, expresa que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que se asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial la alimentación, el vestuario, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Esta solemne declaración, suscrita por la mayor parte de las naciones del mundo está hoy, muy lejos de ser realidad en muchas zonas, e incluso en países como los nuestros (Latinoamérica), con una amplia tradición en protección social. Pues en el ámbito de la salud, es todavía el pilar más débil y menos estructurado de la protección social.

Hoy, los servicios sociales están llamados a jugar un papel fundamental en nuestras sociedades si queremos seguir avanzando en la búsqueda de nuevas cotas de bienestar. En efecto, la sociedad actual presenta ya una serie de características, que tenderán a acentuarse en el futuro inmediato y que, desde el punto de vista social de la seguridad social, requerirán nuevas respuestas que no pueden venir dadas únicamente por la garantía de una renta económica, una pensión, y de la asistencia sanitaria, como medios más clásicos y también más desarrollados de sobrevenir a la necesidad de los ciudadanos ante situaciones de enfermedad, incapacidad, vejez, muerte, etc.

En la alocución del Director General de la OMS, ante la LVII Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Ginebra el pasado 17 de mayo de 2004, se hizo referencia a la Declaración de Alma Ata de la Primera Conferencia Internacional sobre atención primaria en salud. El documento significaba la culminación de un proceso de más de tres años que impulsado por la OMS y la UNICEF para cumplir con el propósito de alcanzar la salud sobre atención primaria, para todos en el año 2000. Por lo tanto al hacer el balance nos damos cuenta que nuestro país a pesar del proceso de descentralización y elección popular de alcaldes, lo mismo que las reformas sustanciales en materia de seguridad social, no se logró el propósito esperado; al contrario de otros países donde los avances lograron la universalización de la salud en nivel primario, demostrando que es en la prevención y la promoción de la salud el punto de partida para lograr indicadores de una atención en salud, basada en el compromiso holístico entre el individuo y el Estado, compromiso que logra un ambiente saludable y permite la función sistémica de la salud.

El artículo 1º de la Constitución contempla: “Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de Republica unitaria, **descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales**, democrática, participativa y pluralista, fundada en respeto a la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

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

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley”.

“Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”.

El artículo 11 prescribe: “El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte”.

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

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.

El artículo 287 describe: “Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:

1. Gobernarse por autoridades propias.
2. Ejercer las competencias que les correspondan.
3. Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
4. Participar en las rentas nacionales”.

El artículo 298: “Los departamentos tienen autonomía para la administración de los asuntos seccionales y la planificación y promoción del desarrollo económico y social dentro de su territorio en los términos establecidos por la Constitución.

Los departamentos ejercen funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los municipios y de prestación de los servicios que determinen la Constitución y las leyes.

La ley reglamentará lo relacionado con el ejercicio de las atribuciones que la Constitución les otorga”.

El artículo 311: “Al municipio como entidad fundamental de la división político- administrativa del Estado le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que le asignen la Constitución y las leyes”.

El artículo 366: “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional destaca en varias sentencias que la salud es un derecho fundamental como lo manifiesta en las siguientes sentencias:

“T-703 de 1996. DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL. Fundamental por conexidad/ DERECHOS FUNDAMENTALES. Determinación/ENTIDAD DE PREVISION SOCIAL. Atención médica familiar.

Los derechos fundamentales se determinan no sólo por la mención expresa que de ellos haga la Constitución sino también por su significación misma para la realización de los valores y principios consagrados en ella, en íntima relación de simetría con otros derechos constitucionales. En la Carta Política, la salud de los colombianos es, por esencia y conexidad un derecho fundamental, cuya actividad corresponde en buena medida, en principio al Estado, mediante la creación de instituciones y organismos que presten el servicio público de la seguridad social, tomando en cuenta las específicas necesidades de sus titulares y los recursos existentes para satisfacerlas y garantizarlas. El derecho a la salud posee una exigente incidencia en la prolongación y mantenimiento de la vida de las personas. El trabajador activo como ciudadano y servidor público, tiene títulos suficientes para que en todo caso, pero particularmente, cuando alguno de sus miembros de la unidad familiar: Cónyuge, compañero permanente, descendiente ascendiente, etc., se vean afectados en su salud deben tener derecho a acceder a las entidades de previsión social, directamente o mediante un tercero, le suministren la atención médica quirúrgica, hospitalaria y los servicios que sean indispensables en las condiciones científicas que el caso exija o las circunstancias lo demanden”.

Dentro de las sentencias de importancia en el tema en estudio tenemos: T-484/92, T-499/92, T-522/92, T-533/92, T-548/92, C-559/92, T-571/

92, T-613/92, T-28/93, T-92/93, T-111/93, T-116/93, T-130/93, C-134/93, T-148/93, T-164/93, T-251/93, T-328/93, T-471/93, T-472/93, T-126/94, T-49/95, T-158/95, T-271/95, T-371/95, T-383/95, T-409/95, T-556/95, T-089/96, T-281/96, T-347/96, T-514/96, T-546/96, T-593/96, T-2/97, T-23/97, T-59/97, T-72/97, T-80/97, SU-111/97, T-190/97, T-224/97, C-239/97, T-295/97, C-309/97, SU-442/97, T-451/97, SU-480/97, T-484/97, T-516/97, T-75/98, C-89/98, T-102/98, C-109/98, C-112/98, T-161/98, T-236/98, T-248/98, T-260/98, T-283/98, T-304/98, T-328/98, T-382/98, T-385/98, T-395/98, T-607/98.

Fundamentos del proyecto

Los fundamentos del presente proyecto de ley se resumen en la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud basado en escalas de atención y en la conformación de una estructura diferente en cuanto a las competencias y controles de los recursos contempladas en la siguiente forma:

Principios específicos

El proyecto de ley introduce principios fundamentales como son: garantía estatal, eficacia, eficiencia, universalidad, solidaridad social, descentralización y economía, especialidad y calidad, familia y comunidad, coordinación y conexidad, complementariedad y concurrencia, adaptabilidad, responsabilidad social, obligatoriedad, protección integral, autonomía de las instituciones, participación social y seguridad ambiental. Estos principios permiten al Estado asegurar el cumplimiento de sus fines esenciales y son el punto de partida para lograr complementar un modelo de salud en armonía con los preceptos de la Constitución Política.

Deberes, derechos de los beneficiarios, empleadores y servidores de la salud

En este capítulo se establecen los derechos y deberes de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, para efectos de su aplicabilidad y promoción, permitiendo sus alcances al mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios en salud y lograr la satisfacción de los coperados.

Definiciones

Es preciso identificar algunos términos que se utilizan en materia de salud, y su inclusión en el proyecto de ley requiere claridad en sus interpretaciones, lo cual se refiere a sustentar no solamente en el trámite del proyecto, sino una vez aprobado es necesario promover los términos entendibles de la nueva ley, para que los ciudadanos establezcan con claridad el contenido de la reforma.

Intervención del Estado

En este capítulo se establecen las acciones que adelantará el Estado para efectos de controlar las diferentes actividades que desarrollen las instituciones de salud y la forma de proteger los intereses estatales, para que los asociados reciban en su totalidad los servicios asistenciales satisfactoriamente y mejoren su calidad de vida. También se reflejan las características del Sistema en cuanto a su modelo.

Competencias

En este título se hace una compilación de las competencias asignadas en otras disposiciones y complementadas en el presente proyecto de ley tanto de la Nación, Departamentos, Distritos y Municipios haciendo énfasis en cuanto a la división de la prestación del servicio por niveles de atención y de acuerdo con su complejidad.

De la Dirección del sistema

Se establece la organización del sistema en sus diferentes campos de acción, los organismos que lo integran, la composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y sus funciones.

Organización estructural

En esta organización se determina la pirámide organizacional de la prestación de servicios del primero al cuarto nivel de complejidad y asigna su responsabilidad a las entidades territoriales como son municipios, departamentos y la Nación. Los Distritos de acuerdo con el precepto constitucional cuentan con las mismas competencias de los departamentos

y municipios. La estandarización de procesos es el punto de partida, seguido del control de gestión y resultados lo mismo que la rendición de cuentas y la constitución de Contralorías especializadas en salud que en unión con el control ciudadano permiten un blindaje tanto de los recursos como la garantía en la prestación de servicios. Al introducir el modelo exitoso de otros países referente al subsistema de salud familiar y comunitario en el primer nivel de atención, a través de la creación de grupos básicos especializados, grupos de centros de salud comunitarios, conllevan a una articulación integral en todas las acciones de salud primaria, en la cual se pretende centrar los recursos y acciones que permitan prevenir los riesgos de la salud y economizar recursos en tratamientos de enfermedades de alto costo. El compromiso holístico por la salud se fundamenta en la aplicación del árbol familiar, Ecomapas y el ADGAR, aplicado directamente a acciones determinantes y directas en relación médico-paciente en su hábitat familiar, logrando la efectividad de los tratamientos preventivos y garantizando la referencia y contrarreferencia al continuar el proceso de seguimiento en su recuperación y autocuidado.

La estructura organizacional está impresa en organigramas que permiten observar con detalles las diferentes divisiones interinstitucionales tanto de los municipios, departamentos y la Nación como responsables directos de la prestación de los servicios y aplicación de los principios.

Disposiciones complementarias

El proyecto destaca el régimen de beneficios en cuanto al plan de salud obligatorio, el Plan Integral de Salud Pública, el cual amplía su órbita de protección de riesgos de la salud, establece competencias tanto a la Nación como a departamentos, distritos y municipios, crea la licencia preventiva de riesgos de la salud, y finalmente establece la financiación del Sistema y el control de recursos que permite al Estado garantizar el manejo adecuado de los mismos, bajo el principio de responsabilidad social, que introduce acciones limitantes a los titulares de la nominación o contratación, aspecto que le da relevancia al proyecto.

Para efectos de lograr la recuperación de la red pública y hospitalaria, el Consejo Nacional de Seguridad Social y el Gobierno Nacional, quedan facultados para establecer una nueva Unidad de Pago por Capitación, por niveles de atención, lo cual permite optimizar los recursos de la salud, logrando coberturas de aseguramiento en forma ascendente del primer nivel de complejidad, superior y por estratos socioeconómicos que se pretende llegar a la meta de 26 millones de asegurados, superando la expectativa del Gobierno Nacional, y permitiendo que a corto plazo la red pública fortalezca sus finanzas y en lugar de lograr la contratación del 50% de la UPC que pretende el Proyecto de ley 052, con los recursos de Régimen Subsidiado; el actual proyecto tiene como alcance lograr la meta del 100% de manejo directo de estos recursos, lo cual significa que las acciones de recuperación de los hospitales se logrará en la mitad del tiempo propuesto por el Gobierno Nacional.

SENADO DE LA REPUBLICA

Secretaría General

(Arts. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 25 del mes de octubre del año 2004 se radicó en este despacho el Proyecto de ley número 148 de 2004, con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales, por la honorable Senadora *Carlina Rodríguez Rodríguez*.

El Secretario General,

Emilio Otero Dajud.

SENADO DE LA REPUBLICA

SECRETARIA GENERAL

Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., octubre 25 de 2004

Señor Presidente:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 148 de 2004 Senado, *por la cual se organiza la prestación de los servicios de*

salud y saneamiento ambiental en forma descentralizada, se establece el subsistema de salud familiar y comunitario, se modifica el Libro II del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., octubre 25 de 2004

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional a fin de que sea publicado en la *Gaceta del Congreso*.

Cúmplase.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Luis Humberto Gómez Gallo.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 103 DE 2004 SENADO

*por la cual se crea el Fondo Privado Nacional
del Notariado Subsidiado.*

Bogotá, D. C., 25 de octubre de 2004

Doctor

JUAN FERNANDO CRISTO BUSTOS

Presidente

Comisión Primera

Honorable Senado de la República

Ciudad

Referencia: Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 103 de 2004 Senado, *por la cual se crea el Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado.*

Señor Presidente:

Los siguientes argumentos sustentan nuestra petición de dar primer debate al proyecto de la referencia:

1. Es innegable que existe una diferencia profunda entre la situación económica de los Notarios no subsidiados y la de aquellos que para cumplir con sus funciones requieren apoyo económico (subsidio) proveniente de los aportes que hacen todos los notarios de Colombia. Resulta conveniente tratar de regular con equidad la anterior situación, y para tal efecto encontramos suficientemente justificada la propuesta del Senador Javier Cáceres Leal quien en la Exposición de Motivos señala:

“El Notariado Subsidiado es el que presta su ministerio en los municipios colombianos, pero no dentro de los municipios privilegiados del país, sino dentro de los municipios que sufren la presencia viva de los gestores de violencia, por eso como Senador de la República, tengo la convicción que son dos países distintos, en los que se ofrece el servicio notarial. Uno el Notariado que se vive en las ciudades capitales o municipios privilegiados (con altos ingresos, asesores e infraestructura), y otro el Notariado que se vive en el resto del territorio nacional (sin recursos, sin personal, sin asesores, sin infraestructura, sin vacaciones, sin primas de mitad de año y fin de año, sin seguridad social, sin aportes pensionales, sin cesantías, sin prestaciones, con mayores riesgos); sin olvidar los últimos cinco (5) años con una depresión económica incontrolable, con el efecto inherente de haber caído en el círculo vicioso entre violencia y crisis económica.

Es preciso que los Notarios subsidiados puedan convertirse en un liderazgo de reconstrucción después de 50 años de violencia, inacabada, porque es ahora que debemos involucrar todos los gestores de paz en ser formadores del tejido social, debemos ser creativos en comprometer a

todos en desarrollo de nuevas fórmulas que sean talanquera de la descomposición social y de la pobreza que sufre la región en el país.

El Notariado es consciente de la apremiante e importante misión pero el notariado también es consciente que después de 30 años de vigencia de la Ley 29 de 1973, la experiencia nos demuestra, que ha sido muy poco el avance obtenido y que con los actuales instrumentos nunca llegaremos a los resultados deseados por ello presta su misión sin infraestructura, sin prestaciones, sin personal, sin primas, sin seguridad social, sin pensión, sin cesantías, sin seguro de vida, de aquí la necesidad de actualizar los instrumentos con base en los cuales actúa, para realmente mejorar las condiciones reales de vida, del notario subsidiado como la infraestructura física, humana, y técnica del servicio en todo el país y para lograrlo requiere hoy del instrumento legal y el marco sobre los cuales debe actuar y renovar su compromiso.

Con el subsidio recibido mensualmente (además casi siempre de manera tardía), deben sufragar gastos generales, de personal, fiscales y de inversión entre otros: Servicios públicos, arriendos, útiles de oficina, correos, transporte, aseo, internet, mantenimiento local y equipos entre otros, adquisición de muebles y equipos, gastos de cafetería, etc.

En Colombia existen en la actualidad aproximadamente 500 Notarías subsidiadas que representan más o menos el 65% del total de notariado.

El colombiano en general ha sufrido la pérdida de confianza en las instituciones, en las autoridades, en la justicia, esto hace necesario fortalecer las instituciones que conservan credibilidad y dentro de ellas se encuentra el notariado, esta es de las instituciones en las que los ciudadanos todavía creen.

Ahora bien el Fondo Cuenta Nacional del Notariado administrado actualmente por la Superintendencia de Notariado y Registro cuenta anualmente con un ingreso que fluctúa entre 25 mil y 35 mil millones anuales de los cuales por ser recursos particulares, no deben ingresar al presupuesto nacional, como hasta ahora, que ocurre contablemente por la intervención de la citada entidad ordenadora del gasto, pero en últimas estáticos recursos dado que los excedentes han sido acumulados por varios años de 138 millones y llevan varios años en títulos CDT como los mismos años, sin cumplir su finalidad y satisfacer las necesidades para quienes fueron creados, se aclara: Tales dineros no cumplen ninguna función administrativa, es decir, que el Estado no le traslada al Fondo Notarial ninguna función, función pública o servicio público, tales dineros tienen destinación específica”.

2. En segundo lugar nos parece que la situación de Notariado subsidiado no se compadece con la circunstancia de que el actual Fondo Cuenta Especial tenga activos en Títulos de Tesorería por más de ciento cincuenta mil millones de pesos; tampoco es de buen recibo que los giros no sean

hechos oportunamente y que un exagerado centralismo dificulte la buena idea de que los Notarios más poderosos subsidien a los más débiles de manera pronta y cumplida.

Nos parece que el Notariado subsidiado tiene el conocimiento y la capacidad necesarios para administrar sus propios recursos a través de una organización autónoma e independiente como la que propone el Senador Cáceres.

Proposición

Las anteriores consideraciones nos permiten proponer a la Comisión Primera del honorable Senado de la República, de acuerdo con el pliego de modificaciones que se anexa, dese primer debate al Proyecto de ley número 103 de 2004 Senado, *por la cual se crea el Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado*.

Cordialmente,

Héctor Helí Rojas Jiménez,

Senador Ponente.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 103 DE 2004 SENADO

por la cual se crea el Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Créase el Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado, con personería jurídica, con objeto de mejorar las condiciones económicas de los Notarios de ingresos insuficientes que deban ser subsidiados para el eficaz cumplimiento de sus funciones y promover su constante capacitación.

Artículo 2°. El Notariado es un servicio público que tiene a su cargo la Función Notarial, se presta por los Notarios que son particulares a los que el Estado por colaboración les encarga el ejercicio de la fe notarial.

Artículo 3°. La remuneración de los Notarios como particulares, la constituyen las sumas que reciban de los usuarios por la prestación de sus servicios, de acuerdo con las tarifas legales y por los subsidios que les fije la ley o la Superintendencia de Notariado y Registro, según el caso.

Artículo 4°. *Ingresos y recursos*. El Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado se formará y mantendrá con:

1. Los actuales recursos existentes en el Fondo Cuenta Especial, que actualmente administra la Superintendencia de Notariado y Registro.

2. De los recaudos fijos que ordene el decreto de tarifas de los usuarios, por cada escritura que autorice con destino al Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado.

3. Los aportes que deberán hacer de sus ingresos todos los Notarios del país en proporción al número de escrituras que autoricen en sus despachos, en la forma que disponga el Gobierno Nacional y los aportes especiales o valor excedente, al valor máximo de cobro de derechos notariales percibidos por el notario por cada escritura en la forma que disponga el Gobierno Nacional.

4. Los aportes que reciba del Gobierno Nacional o de particulares. Los aportes del Gobierno Nacional podrán cubrirse mediante recursos ordinarios del presupuesto, o de recaudos especiales en la tarifa notarial.

5. El Gobierno Nacional fijará la suma que deben pagar los usuarios.

Artículo 5°. *Organos de dirección*. El Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado tendrá los siguientes órganos de dirección:

Asamblea General, Junta Directiva, Gerente, Auditoría Permanente.

El Fondo Privado Nacional del Notariado estará administrado por una Junta Directiva compuesta por un presidente, un vicepresidente, un secretario, un tesorero, un fiscal y dos vocales, de los anteriores, serán cuatro de tercera categoría y tres de segunda categoría, todos subsidiados.

La elección de los miembros de la Junta Directiva será por Asamblea General, todos los notarios subsidiados podrán participar en sus

deliberaciones y a votar en ella. El voto de cada Notario equivaldrá a uno por cada quien y las decisiones de acuerdo con las normas legales serán obligatorias para todos. El quórum deliberatorio y decisorio será con la asistencia de la mitad más uno del total de Notarios subsidiados.

La Asamblea General es el órgano de dirección de la persona jurídica y tendrá como funciones básicas, las siguientes:

1. Nombrar y remover libremente al gerente, quien será el Representante Legal, y a su suplente, quienes podrán ser o no Notarios, para períodos de un año.

2. Aprobar o improbar los estados financieros y el presupuesto anual de ingresos y gastos del Fondo.

3. Nombrar la auditoría permanente.

4. Darse sus propios estatutos directamente o delegar a la junta directiva o por una comisión designada para el efecto.

Artículo 6°. *Objetivos*. Son objetivos del Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado los siguientes:

1. Mejorar las condiciones económicas de los Notarios subsidiados.

2. Mejorar las condiciones de seguridad social de los Notarios subsidiados.

3. Mejorar la dotación en planta física, técnica y de comunicaciones de los Notarios subsidiados.

4. El Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado propenderá al mejoramiento del nivel profesional de los Notarios subsidiados, la capacitación y divulgación del derecho Notarial y del derecho cuyas materias sean relacionadas o afines con la función Notarial, en los términos que establezca la Junta Directiva.

a) En función capacitadora podrá tener, como beneficiarios a los Notarios no subsidiados y al personal de la Superintendencia de Notariado y Registro previo estudio y determinación de requisitos que fije la Junta Directiva;

b) El Fondo Privado Nacional del Notariado propenderá a la capacitación del personal a cargo o dependiente del Notario subsidiado;

c) El Fondo Privado Nacional del Notariado propenderá a la divulgación en general del derecho notarial.

Artículo 7°. *Los Notarios subsidiados crearán bajo su responsabilidad los empleos que requiera el eficaz funcionamiento de las oficinas a su cargo*. Los Notarios subsidiados pagarán del subsidio y de los recursos que perciban de los usuarios por concepto de derechos notariales que autoriza la ley:

1. La dotación y sostenimiento de sus respectivas oficinas.

2. Las asignaciones salariales y demás prestaciones sociales y obligaciones laborales que imponga la ley.

Artículo 8°. Los empleados o subalternos de los Notarios regirán sus derechos laborales por el Derecho Sustantivo del Trabajo propio de los empleados particulares.

Artículo 9°. El Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado realizará los estudios necesarios para determinar técnicamente:

1. Qué personal y con qué grado de capacitación tendrá a su cargo y cuál será la escala salarial mínima.

2. Con qué infraestructura mínima deberá contar.

3. Las prestaciones mínimas a que tiene derecho el personal a cargo del Notario.

Parágrafo. La Superintendencia de Notariado y Registro por medio de Instrucciones Administrativas, en concordancia con la Junta Directiva del Fondo Privado Nacional del Notariado, velará por el cumplimiento cabal de estas obligaciones.

Artículo 10. El Fondo Privado Nacional del Notariado por medio de su Junta Directiva, después de estudios técnicos y de un proyecto, podrá destinar un porcentaje complementario al subsidio que se destinará para

el cumplimiento de los fines de los artículos 6° a 9°, el cual podrá ejecutar o llevar a cabo directamente, por orden a terceros o por compromiso a cargo del Notario subsidiado, y siempre con los controles de auditoría en cada caso, sin perjuicio de las facultades de control y vigilancia que ejerce la Superintendencia de Notariado y Registro.

Artículo 11. Otras funciones del Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado son:

1. Contribuir con recursos, en concurrencia con la Superintendencia de Notariado y Registro, para los concursos al ingreso a la Carrera Notarial.

2. Disponer subsidios especiales para aquellos Notarios afectados por catástrofes y calamidades.

3. Adecuación del archivo notarial para su traslado al Archivo General de la Nación.

4. Atender los gastos que demande la impresión y distribución de los folios que requiere el registro civil de las personas.

5. Atender los gastos del papel notarial conforme a las especificaciones y su distribución.

Artículo 12. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias, en especial la Ley 29 de 1973, los Decretos 1672 de 1997, 1890 de 1999 y el numeral 3 del artículo 4° del Decreto 0302 de 2004.

Héctor Helí Rojas Jiménez,
Senador Ponente.

* * *

**PONENCIA PARA PRIMER DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 243 DE 2004 SENADO,
189 DE 2003 CAMARA**

por medio de la cual la República de Colombia rinde homenaje a la música llanera, se declara patrimonio cultural de la Nación el Festival Internacional “Yurupary de Oro”, y se dictan otras disposiciones.

Dando cumplimiento a esta honrosa designación, me permito rendir ponencia del Proyecto de ley número 243 de 2004 Senado, *por medio de la cual la República de Colombia rinde homenaje a la música llanera, se declara patrimonio cultural de la Nación el Festival Internacional “Yurupary de Oro”, y se dictan otras disposiciones.*

I. Introducción

El proyecto de ley en estudio fue presentado a la honorable Cámara de Representantes por el Representante a la Cámara Pedro José Arenas García, el cual fue aprobado en sus dos primeros debates, esta iniciativa pretende rendir homenaje a la música llanera y declarar patrimonio cultural el Festival Internacional “Yurupary de Oro”, que tiene su origen en la necesidad de brindar espacios culturales, especialmente a la comunidad joven de San José del Guaviare en busca de identificar talentos artísticos, posicionarlos y afianzar la identidad regional.

Su propuesta es fomentar el folclor llanero, para el agrado que expresa la comunidad del departamento del Guaviare a la región llanera, el alto porcentaje de llaneros que integran la población del Guaviare y la influencia de esta cultura en el proceso poblacional de la región.

El Festival Internacional Yurupary de Oro, convoca especialmente la comunidad guaviareense y con mayor exactitud los habitantes de la capital departamental, San José del Guaviare, del área urbana y rural, de todas las edades, clases sociales, credos, etnias y razas (aprox. 30.000 personas) y cada vez una mayor cantidad de turistas del interior del país y de la región llanera.

II. Antecedentes históricos

En el año 1990, cuando la casa de la cultura del departamento del Guaviare, realiza el primer encuentro artístico donde sobresalió la ejecución del folclor llanero, dando así origen al festival de música

llanera denominado “Embrujo Verde”, organizado por el movimiento juventud por el Guaviare, el cual fue realizado solamente en dos versiones, pero que permitió identificar la necesidad de proponer un evento de alta calidad en este tipo de folclor.

Con estos antecedentes y la experiencia que venía acumulando el gestor cultural Luis Fernando Román Robayo (q.e.p.d.) en su travesía por la gestión, le permitió liderar la creación del Festival Internacional Yurupary de Oro, en el año 1994.

Su nombre Yurupary pareciera caprichoso pero es tomado de la versión de la leyenda que significa música instrumentos musicales y encuentro musical en la compleja y rica epopeya originada en la serranía del Tenuí (Tunahí), territorio del departamento del Guaviare, con el principal objetivo de promoverla y difundir este patrimonio que nos corresponde y pertenece y que tenemos el compromiso de exaltar, dar a conocer y sentirnos orgullosos de esta riqueza cultural.

El Festival Internacional Yurupary de Oro, es de carácter folclórico, convoca y expone las distintas manifestaciones artísticas de las costumbres llaneras, pone a duelo el verso espontáneo, que crea con agilidad la mente de copleros, en ritmos de guacharaca, kirpa zumba que zumba, seis numeraos entre otros enfrenta voces femeninas y masculinas en la modalidad de canción recia y canción pasaje; concursan parejas de baile del joropo en la modalidad de baile tradicional o sabanero y el baile de academia.

Cada versión del evento sufre innovaciones a fin de darle versatilidad y ofrecer oportunidad a las distintas manifestaciones y variados exponentes de este folclor. Se le adicionan otros componentes que lo hacen cada vez más atractivo, como es el deporte del coleo, los parrandos llaneros y para garantizar una amplia manifestación de los guaviarenses en este certamen, se realiza el novel de la voz llanera del Guaviare, que cuenta con la participación de cantantes de los municipios de este departamento y otros de los departamentos vecinos.

De la misma forma y para involucrar y comprometer la población infantil, quien tiene a su cargo la permanencia del festival, se realiza el encuentro y concurso de baile y canto con niños y niñas de los cuatro municipios, en la llanera infantil. El evento ofrece la oportunidad de integrar la comunidad y en especial a los artistas llaneros del Guaviare con artistas de reconocida trayectoria, quienes departen y comparten su conocimiento en los escenarios y en una jornada de integración que la organización propicia en el marco del festival, se aprovecha la estadía de historiadores e investigadores que participan del festival, para adelantar talleres y conferencias que enriquecen el conocimiento de la comunidad frente a este folclor y a la leyenda Yurupary.

III. Consideraciones generales

El artículo 4° de la Ley General de Cultura, Ley 397 de 1997 consagra como patrimonio cultural de la Nación, los valores culturales que son expresión de la nacionalidad colombiana, tales como la tradición, las costumbres y los hábitos, así como el conjunto de bienes inmateriales, que poseen un especial interés histórico, artístico, sonoro, musical, y las manifestaciones, los productos y las representaciones de la cultura popular.

De acuerdo con esta definición, es claro que el Festival Internacional “Yurupary de Oro” hace parte del patrimonio cultural de la Nación y, por lo tanto, no habría necesidad de una declaratoria, **pero es importante anotar que como ponente de la iniciativa estimo necesario que el Congreso de la República, resalte el trabajo cultural de la comunidad guaviareense en beneficio del folclor llanero y así mismo exalte la memoria de su fundador, teniendo en cuenta que la declaratoria no estima cargo al presupuesto de la Nación.**

Además exhorto a la comunidad y a la gobernación del Guaviare a inscribir el festival en la convocatoria que el Ministerio de Cultura realiza en el proyecto de concertación y estímulos, que ofrece la posibilidad de apoyo presupuestal y que realizará a partir del 1° de septiembre del presente año.

Ahora bien, si se desea explorar la necesidad de elevar este festival a la categoría de Bien de interés Cultural de Carácter Nacional, el Ministerio de Cultura, a partir de la “Convención para la salvaguarda del patrimonio cultural inmaterial” recientemente promulgada por la Unesco (2003), está estudiando los mecanismos para la adopción de este instrumento por parte de Colombia y, dentro de este panorama, está determinando los criterios de valoración y competencias para el manejo del patrimonio cultural inmaterial.

En este sentido, el Ministerio de Cultura creó, mediante Resolución número 0263 del 12 de marzo del presente año, el Comité de Patrimonio Cultural inmaterial, el cual tiene entre sus funciones: “Asesorar al Ministerio y a sus instancias asesoras en la elaboración de criterios de valoración, requisitos y procedimientos para las declaratorias de patrimonio cultural inmaterial en el ámbito nacional y regional”.

Por lo anteriormente expuesto, es importante aclarar que se realizaron algunas modificaciones al proyecto de ley, las cuales menciono a continuación:

En el artículo 1°. Se hizo modificaciones gramaticales.

En el artículo 2°. Se suprimió la palabra financiación para evitar gasto al Erario Público.

Proposición

Por las razones anteriormente expuestas, rindo ponencia positiva al proyecto de ley de la referencia para que surta primer debate en la Comisión Segunda de Senado, como quiera que se suspendieran del proyecto todas las autorizaciones que comprometían el gasto público.

De los honorables Congresistas,

Jairo Clopatofsky Ghisays,
Senador de la República.

TEXTO MODIFICATIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 243 DE 2004 SENADO, 189 DE 2003 CAMARA

por medio de la cual la República de Colombia rinde homenaje a la música llanera, se declara patrimonio cultural de la Nación el Festival Internacional “Yurupary de Oro”, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia, en uso de sus facultades legales y constitucionales,

DECRETA:

Artículo 1°. Declárese patrimonio cultural de la Nación el Festival Internacional de Música Llanera Yurupary de Oro que se realiza

anualmente en el departamento del Guaviare con sede en la ciudad de San José del Guaviare.

Artículo 2°. La Nación a través del Ministerio de Cultura y demás entidades del sector contribuirá al fomento, internacionalización, promoción, protección, divulgación y desarrollo de los valores culturales que son dinamizados por el Festival Internacional de la música Llanera “Yurupary de Oro y su leyenda”.

Artículo 3°. La República de Colombia honra y exalta la memoria de Luis Fernando Román Robayo (q.e.p.d.) y como homenaje póstumo hace público reconocimiento a su gestión, que permitió la creación del Festival “Yurupary de Oro”.

Artículo 4°. La presente ley rige a partir de la fecha de su sanción y publicación.

CONTENIDO

Gaceta número 654-Miércoles 27 de octubre de 2004

SENADO DE LA REPUBLICA

| | Págs. |
|--|-------|
| PROYECTOS DE LEY | |
| Proyecto de ley número 147 de 2004 Senado, por medio de la cual se modifica la Ley 60 de 1982, estableciendo como sede alterna de la Universidad de la Amazonia la ciudad de Puerto Asís. .. | 1 |
| Proyecto de ley número 148 de 2004 Senado, por la cual se organiza la prestación de los servicios de salud y saneamiento ambiental en forma descentralizada, se establece el subsistema de salud familiar y comunitario, se modifica el Libro II del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. | 2 |
| PONENCIAS | |
| Ponencia para primer debate y Pliego de modificaciones al Proyecto de ley número 103 de 2004 Senado, por la cual se crea el Fondo Privado Nacional del Notariado Subsidiado. | 29 |
| Ponencia para primer debate y Texto modificativo al Proyecto de ley número 243 de 2004 Senado, 189 de 2003 Cámara, por medio de la cual la República de Colombia rinde homenaje a la música llanera, se declara patrimonio cultural de la Nación el Festival Internacional “Yurupary de Oro” y se dictan otras disposiciones | 31 |