REPUBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XV - Nº 568 Bogotá, D. C., viernes 24 de noviembre de 2006 EDICION DE 12 PAGINAS

DIRECTORES: EMILIO RAMON OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN SESION PLENARIA DE SENADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 02 DE 2006 CAMARA, 40 DE 2006 SENADO

por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones **y sus acumulados: 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 de Senado y 087 de 2006 de Cámara.**

Bogotá, D. C., noviembre 23 de 2006

Doctora

DILIAN FRANCISCA TORO

Presidenta

Honorable Senado de la República

Ciudad

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992 presento informe de ponencias para segundo debate al Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 40 de 2006 Senado, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* **y sus acumulados: 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 de Senado y 087 de 2006 de Cámara.**

Atentamente,

Germán Aguirre Muñoz,

Honorable Senador.

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN SESION PLENARIA DE SENADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 02 DE 2006 CAMARA, 40 DE 2006 SENADO

por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus acumulados: 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 de Senado y 087 de 2006 de Cámara.

Frente a lo aprobado por las Comisiones Conjuntas Séptimas de Senado y Cámara nuestra ponencia reitera el desacuerdo con el incrementar la cotización así sea en 0.5% como fue aprobada y la necesidad de que parte del impuesto al patrimonio financie la salud colombiana ya que si hay impuestos para la guerra también los haya para la vida, e insistimos en la necesidad de salvar el ISS, en lo demás retomamos la ponencia que se presentó en Comisiones Séptimas y respetamos en su mayoría el texto aprobado que en gran parte incorporó nuestra ponencia y fue fruto de consensos entre quienes discutimos y aprobamos dicho texto.

El partido, desde una orientación socialdemócrata reconoce que la seguridad social es propia de las economías de mercado y que esta se constituye en la garantía misma de los derechos de ciudadanía, por ser el mecanismo más idóneo para extender la protección de los trabajadores y sus familias contra la pérdida de los ingresos ante los inevitables riesgos vitales y sociales.

Los trabajadores y las familias que no cuentan con seguridad social, cuando se presenta la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte del trabajador, pierden de inmediato los ingresos, caen en severas crisis económicas y la mayoría pierden los activos acumulados con mucho trabajo y esfuerzo durante años y entran en el ciclo repetitivo de reproducción de la pobreza. La seguridad social, al garantizar la estabilidad en el ingreso, garantiza también la estabilidad en el consumo de las familias, hecho que resulta determinante para la estabilidad y el crecimiento económico.

Más familias con seguridad social y estabilidad en el ingreso se traducirá en menos pobreza, mayor crecimiento económico y más estabilidad y paz social. Significa que una economía de mercado debe y puede coexistir con un Estado Social de Derecho capaz de lograr que el crecimiento económico beneficie a los trabajadores y sus familias.

Por lo anteriormente señalado, el partido liberal prefiere que las reformas de la seguridad social sean integrales y contemplen la extensión del derecho a la seguridad social en todos sus aspectos simultáneamente, salud, pensiones, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios, para garantizar los derechos de ciudadanía. Esta es nuestra primera objeción a una reforma que separa la protección en salud de la protección económica de las familias y desliga los derechos del necesario premio que la sociedad debe dar al trabajo.

Seguridad social no es por tanto simplemente el reparto de unos subsidios para una cobertura parcial de servicios de salud, con enorme carácter asistencialista, en que se ha convertido el Régimen Subsidiado. Si bien con los subsidios de salud reciben un beneficio a corto plazo, a largo plazo los trabajadores y familias se quedan sin derecho a una cobertura integral en salud, al pago del salario en la enfermedad, vejez o muerte y sin indemnización por invalidez o accidente de trabajo.

Así lo señalan los estudios de expertos, que también indican como muchos sectores económicos se han ido desresponsabilizando de la obligación de afiliar a la seguridad social a sus trabajadores, pretendiendo descargar en el Estado toda la responsabilidad patronal. Ni siquiera los estados más ricos pueden pretender financiar la seguridad social de más de dos terceras partes de su población, sin concurso de los empleadores y los mismos trabajadores.

Por esta vía no se defiende la formalización del trabajo sino la informalización del mismo y la pérdida de los derechos de los trabajadores, situación que tristemente observamos en los resultados del actual modelo de desarrollo: gran precarización del trabajo y enorme concentración de los ingresos.

Por ello defendemos aquí la posibilidad abierta en el artículo 211 de la Ley 100 de subsidiar parcialmente la cotización a la seguridad social integral en lugar de subsidiar planes de salud parciales. Subsidiar la cotización a los trabajadores independientes, a los sectores críticos cuyos trabajadores hoy mayoritariamente no tienen derecho al salario en la incapacidad, la invalidez y la vejez, se traducirá en un financiamiento tripartita de la seguridad social, en la extensión de los derechos de los trabajadores y el trabajo formal.

Esta posibilidad debe quedar abierta, por muy limitado que sea el proyecto de ley que se apruebe. Los subsidios actuales así aplicados jalonarán nuevos recursos de empleadores y trabajadores y aunque apenas sea el inicio de un proceso de transición prolongado, estará direccionado hacia el fin deseable de fortalecer las finanzas de la seguridad social, por el camino de hacer crecer más el Régimen Contributivo.

Dada la baja cobertura actual de la cotización patronal, el subsidio a la cotización se constituye en un estímulo (por la reducción consecuente del costo de ingresar a los trabajadores a la seguridad social), para que más empleadores cumplan sus obligaciones y formalicen la relación laboral. Por el contrario, la consecuencia de incrementar en un punto de la cotización, propuesta vigente en la mayoría de los proyectos presentados, se traducirá en un desestímulo a la afiliación y más descargarán los empleadores sus obligaciones en el Régimen Subsidiado y el Estado.

Por otra parte, el partido liberal defiende el seguro público de salud para todos los colombianos que formuló la Ley 100 de 1993, seguro público que puede ser administrado por particulares como lo estableció la Constitución de 1991.

Sin embargo, reconocer este como un seguro público obligatorio administrado por particulares no significa estar de acuerdo con la forma alegre y sin control alguno en que se han entregado los recursos del seguro público a las empresas autorizadas por ley (EPS) o reglamento (ARS), hasta el punto de convertir algunas de las últimas en simples repartidoras de recursos públicos que no agregan ningún valor a la función de aseguramiento, han facilitado la corrupción e incluso fortalecido los grupos ilegales, mientras trasladan a las IPS todas sus responsabilidades.

El Estado debe controlar estrictamente los recursos de la salud y garantizar que con ellos no se pueda especular ni jugar financieramente, ni destinar a otros fines, mientras hospitales y usuarios sufren las consecuencias de la retención de los dineros.

Nuestra propuesta es clara: Crear el Ministerio de Salud pues la fusión de los Ministerios de Salud y Trabajo ha demostrado la incapacidad de un solo ministerio para responder por las necesidades de estos sectores tan sensibles para toda la población, y la necesidad de salvar la EPS del Seguro Social, como reguladora del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, por esto planteamos la necesidad de pasar los regímenes especiales a la EPS del ISS, y el traslado de los empleados públicos a la ARP del Seguro Social. Poner fin a la entrega de los dineros públicos a las ARS. Los recursos deben colocarse en fondos departamentales que sólo puedan ser tocados para pagar cuentas de servicios a instituciones de salud. Las Cajas de Compensación y otras ARS o EPS que quieran continuar administrando los servicios de salud, podrán ordenar servicios a sus afiliados y ordenar pagos contra los fondos hasta el valor de la UPC de sus afiliados. Cobrarán por la administración un porcentaje no mayor del 8% y competirán a nivel departamental por ser los mejores administradores de servicios de salud (el asegurador en última instancia será el Estado a través de los fondos).

De esta forma el país podrá conocer finalmente en qué servicios se gasta cada peso del sector y volverá a tener información real a nivel territorial sobre la población atendida y los servicios prestados. Recuperar la información en las direcciones municipales y departamentales de salud sobre los servicios prestados a su población y la morbilidad atendida, fue ordenado por el Congreso mediante la Ley 715 de 2001, sin que se haya cumplido. La ausencia de información es la ausencia de control sobre el uso de los recursos públicos.

En relación con la integración vertical, creemos sano defender la separación de funciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud, de tal forma que los mismos intereses económicos no manejen el aseguramiento, la prestación, la provisión de recursos humanos o la provisión de suministros, de modo que los aseguradores garanticen la defensa de los usuarios frente a sus dificultades con la calidad de la prestación, controlen la calidad y manejen el riesgo. Para ello no basta una separación jurídica de las IPS que son propiedad de las EPS, sino que es necesaria una separación de intereses económicos en un plazo prudencial.

Para evitar la contención de costos a través de la negación de tratamientos avalamos que exista el defensor de la salud y que las decisiones de este sean de carácter vinculante para las EPS y ARS.

En el ámbito de la descentralización definimos una vez más la necesidad de fortalecer departamentos y municipios. Fortalecer el Estado a nivel departamental y municipal es fortalecer la democracia. Dejamos clara la necesidad de descentralizar la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga en fondos departamentales. A estos fondos irán por una parte las UPC pagadas por los municipios, las transferencias del Fosyga por el punto de solidaridad y sus intereses y los esfuerzos departamentales. Todos ellos convertidos en per cápita que se destinarán a pagos a instituciones de salud por las Administradoras del régimen subsidiado actual o per cápita que se convertirán en unidades de subsidio a la cotización a la seguridad social completa, según las posibilidades y los esfuerzos de cada territorio.

En el campo de la salud pública, pretendemos que junto con la recuperación de la información, se fortalezcan las entidades territoriales en la capacidad de proteger la salud de sus ciudadanos.

Lo que se requiere es armonizar la descentralización político-administrativa con el necesario manejo técnico de los planes de salud pública. Para ello es imperativo fortalecer las direcciones departamentales de salud, hasta el punto de que puedan crear equipos de salud pública, tantos cuantos grupos de municipios o provincias con características similares deban formar para asesorarlos en la planeación y programación de las actividades. Los municipios continuarán siendo veedores de las acciones y los recursos, pero obligatoriamente en concordancia con los planes y programas trazados técnicamente por los técnicos departamentales.

La salud mental debe ser una prioridad de salud pública, que supone garantizar una adecuada promoción, prevención y atención en Salud Mental en el país.

Es necesario avanzar en la inspección y vigilancia preferiblemente depurando los sistemas de información y fortaleciendo a su vez la superintendencia de salud descentralizando sus funciones pero dado que esto requiere incremento de personal y modificación de estructuras depende de que el gobierno realmente quiera fortalecerla.

Marco constitucional y normativo:

Como marco normativo tenemos el artículo 1° de la Constitución Política que de fine a Colombia como un Estado Social de Derecho, el artículo 13 que enarbola la igualdad en nuestros derechos, el artículo 48 que establece la seguridad social como servicio público, y consagra el derecho irrenunciable a la seguridad social de todos los habitantes, artículo 49 que pone en cabeza del Estado la dirección de los servicios de salud.

Este proyecto es compatible y coherente con las finalidades perseguidas al implementarse la Ley 100 de 1993 y con todas las normas que buscan el desarrollo económico y social del Estado contenidas en los estatutos laborales y la dispersa normatividad que ha desarrollado la Constitución de 1991.

Proposición

Solicito a la Plenaria del honorable Senado aprobar la ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 40 de 2006 Senado, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema Ge-*

neral de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones **y sus acumulados 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 de Senado y 087 de 2006 de Cámara,** con las modificaciones propuestas.

De los honorables Congresistas,

Germán Aguirre Muñoz,

Honorable Senador.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA.

Con mensaje de urgencia e insistencia, Bogotá, D. C., a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, la ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, ***al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones***, y sus Proyectos acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado y 087 de 2006 Cámara, cuarenta y cuatro (44) folios y texto contentivo de cincuenta (50) artículos.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

PLIEGO DE MODIFICACIONES PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 02 DE 2006 CAMARA, 40 DE 2006 SENADO

por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones **y sus acumulados: 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 de Senado y 087 de 2006 de Cámara**.

Sustitúyase el artículo 12, Artículo 12. Modifícase el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 204. ***Monto y distribución de las cotizaciones.*** La cotización al Régimen Contributivo de Salud será, a partir del primero (1°) de enero del año **2007**, del **12,5%** del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del **8.5%** y a cargo del empleado del 4%. **Uno punto cinco** de la cotización serán trasladados a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. La cotización que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementará en **cero punto cinco**, que será destinado a la Subcuenta de Solidaridad para completar el **uno punto cinco** a los que hace referencia el presente artículo. El **cero punto cinco** adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual **solo** será incrementado por el Gobierno Nacional en **cero punto cinco**.

Por:

Artículo 12. A más tardar dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de esta ley, los afiliados a regímenes especiales tendrán que trasladarse a la EPS del Seguro Social.

El traslado ordenado en este artículo solo se exceptuará la fuerza pública.

Suprímase en el artículo 13: c). Por lo menos el **25%** de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y del Distrito Capital.

a) **Uno punto cinco** de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.

Adiciónase al numeral 2 del artículo 13 los siguientes literales:

a) El 50% de los impuestos sobre el patrimonio que se fijen para la seguridad democrática y social será destinado a garantizar la cobertura en salud a los colombianos más pobres;

d) Medio punto de lo que le corresponde a los Fondos Privados de Pensiones obligatorias por administración;

e) Recursos del Fondo de Regalías;

f) Parte de los recursos del Fosyga que actualmente se encuentran invertidos en TES;

g) Un impuesto del 2% que pagarán las electrificadoras privadas calculado sobre el total de los recaudos;

h) El 3% de sobretasa al Gas Natural Vehicular;

i) Un impuesto del 50% que se impondrá en la venta de armas y municiones por parte de Indumil a particulares.

El artículo 13 quedará así:

Artículo 13. Modifícase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214. ***Recursos del Régimen Subsidiado.*** El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales.

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP, que se destinarán previo concepto del Conpes hasta en un 65% al régimen subsidiado en salud. El porcentaje restante, se destinará para financiar la atención de la población pobre y no asegurado en lo no cubierto por el subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública;

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por Etesa a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial;

c) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

a) El 50% de los Impuestos sobre el patrimonio que se fijen para la seguridad democrática y social será destinado a garantizar la cobertura en salud a los colombianos más pobres;

b) El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres ($286.953.000.000,00) millones. En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización en la población de Sisbén I, II y III en los términos establecidos en la presente ley;

c) El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;

d) Medio punto de lo que le corresponde a los Fondos Privados de Pensiones obligatorias por administración;

e) Recursos del Fondo de Regalías;

f) Parte de los recursos del Fosyga que actualmente se encuentran invertidos en TES;

g) Un impuesto del 2% que pagarán las electrificadoras privadas calculado sobre el total de los recaudos;

h) El 3% de sobretasa al Gas Natural Vehicular;

i) Un impuesto del 50% que se impondrá en la venta de armas y municiones por parte de Indumil a particulares.

3. Otros.

a) Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones;

b) Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.

Parágrafo. Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos buscando conseguir la equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del

aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumpla con los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

En el artículo 17 modifícase: el 50% del valor del gasto en salud por: el 40% del valor total de la UPC.

Adiciónase en el artículo 17 el siguiente parágrafo:

Parágrafo. Cuando se compruebe que en las IPS hay participación de las EPS, estas serán responsables solidariamente por cualquier daño causado por la IPS y por las sanciones a estas, con el total de su patrimonio, y el patrimonio técnico será calculado con el total de las inversiones que las EPS hagan.

El artículo 17 quedará así:

Artículo 17. Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS hasta el 40% del valor total de la UPC. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Parágrafo. Cuando se compruebe que en las IPS hay participación de las EPS, estas serán responsables solidariamente por cualquier daño causado por la IPS y por las sanciones a estas, con el total de su patrimonio, y el patrimonio técnico será calculado con el total de las inversiones que las EPS hagan.

En el artículo 18 sustitúyase las **EPS Públicas del Régimen Contributivo** por: **Las EPS Públicas del Régimen Contributivo contratarán obligatoriamente y efectivamente con las ESE un mínimo del 30%.**

El artículo 18 quedará así:

Artículo 18. ***Contratación en el Régimen Subsidiado.*** Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y las EPS públicas del régimen contributivo, contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutiva. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta (60%) el primer, segundo y tercer año siguiente a la vigencia de la presente ley, y del cincuenta y cinco por ciento (55%) en los años posteriores. El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de estos porcentajes en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Las EPS Públicas del Régimen Contributivo contratarán obligatoria y efectivamente con las ESE un mínimo del 30%

Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Germán Aguirre Muñoz,

Honorable Senador.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA.

Con mensaje de urgencia e insistencia, Bogotá, D. C., a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, la ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, ***al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones***, y sus Proyectos acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado y 087 de 2006 Cámara, cuarenta y cuatro (44) folios y texto contentivo de cincuenta (50) artículos .

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 02 DE 2006 CAMARA, 40 DE 2006 SENADO

por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones **y sus acumulados: 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 de Senado y 087 de 2006 de Cámara**.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º. ***Objeto.*** La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control**.**

CAPITULO II

De la Dirección

Artículo 2º. ***Administración por Resultados.*** El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. En este lapso el Ministerio de la Protección Social, o quien este delegue, administrará dichos recursos. Si hay reincidencia la Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones establecidas en la ley.

Artículo 3º. ***Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza.*** Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, independencia administrativa, técnica y patrimonial; y adscrita al Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4º. ***Composición.*** La Comisión de Regulación en Salud estará integrada de la siguiente manera:

1. Una persona designada por el Presidente de la República, quien presidirá la comisión.

2. Una persona designada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

3. Tres expertos designados por las entidades señaladas en el artículo siguiente.

Artículo 5º. ***Comisionados.*** Todos los miembros de la Comisión de Regulación en Salud tendrán que ser de dedicación exclusiva y tres de ellos, serán designados por el Presidente de la República de ternas enviadas por Universidades, Centros de investigación, centros de estudios, fundaciones, federaciones o colegios médicos de reconocida idoneidad y experiencia.

Los anteriores comisionados ejercerán por períodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

El régimen de inhabilidades de los comisionados será el establecido por la Constitución y la ley.

Parágrafo. *Calidades de los Comisionados.* Los expertos deberán ser profesionales en el área de la salud o en ciencias económicas, mínimo con el título de maestría; cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en el ejercicio profesional no menor de 10 años, uno de ellos en temas de Economía, otro en Salud Pública y otro más en temas de Farmacología, Toxicología o Medicamentos.

Parágrafo transitorio. En la primera integración de la Comisión, y seleccionados al azar, un Comisionado tendrá un período de un (1) año, otro de dos (2) años y el tercero de tres (3) años. Al vencimiento del período de cada uno de estos expertos, el Presidente designará el reemplazo respectivo, con base en los criterios estipulados en el artículo anterior, para períodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6º. ***Secretaría Técnica***. La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, dependencia que liderará y coordinará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. La Secretaría Técnica y los estudios, se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. El Secretario Técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación.

Artículo 7º. ***Funciones.*** La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones:

1. Definir los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

2. Definir el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.

3. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del Régimen Subsidiado por parte de las entidades territoriales, para lo cual otorgará prioridad a los grupos de personas de escasos recursos económicos y vulnerables, y garantizará la calidad en la prestación de los servicios y que no haya selección adversa y selección de riesgo.

4. Definir las reglas para el traslado de afiliados entre EPS al interior de cada régimen.

5. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen Contributivo.

6. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación del régimen Subsidiado.

7. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.

8. Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.

9. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

10. Establecer las tarifas de los servicios prestados en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.

11. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.

12. Reglamentar los consejos territoriales de seguridad social en salud.

13. Ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.

14. Adoptar su propio reglamento.

15. Proferir la regulación integral del sector, siempre y cuando la materia no sea reserva de la ley o del reglamento.

16. Resolver las consultas que sobre las materias propias de su competencia le someta el Gobierno Nacional.

17. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, a través del Ministro de la Protección Social, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.

18. Utilizar los sistemas de información disponibles, tales como los mapas epidemiológicos para diseñar las políticas en salud.

19. Recomendar proyectos de ley o decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.

20. Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1°. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos. Sólo en casos excepcionales dicho valor se incrementará automáticamente en una proporción igual al IPC, siempre y cuando se justifique la ausencia de los estudios previos.

Parágrafo 2°. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3°. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud que tengan implicaciones o efectos fiscales requerirán el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 8º. ***Financiación.*** La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del Fosyga.

Artículo 9º. ***Manejo de los recursos.*** Por su autonomía jurídica, la Comisión de Regulación en Salud podrá ejercer derechos y contraer obligaciones por sí misma, y en especial podrá celebrar todos los contratos que fueren necesarios para el cumplimiento de sus funciones, de acuerdo con las disponibilidades presupuestales asignadas.

Artículo 10. Las competencias y funciones que le fueron asignadas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en la Ley 100 de 1993 y demás disposiciones concordantes, serán asumidas por la Comisión de Regulación en Salud.

CAPITULO III

Del financiamiento

Artículo 11. ***Financiación.*** El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de la Subcuenta de Solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas subcuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Artículo 12. A más tardar dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de esta ley, los afiliados a regímenes especiales tendrán que trasladarse a la EPS del Seguro Social.

El traslado ordenado en este artículo solo se exceptuará la fuerza pública.

Artículo 13. Modifícase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214. ***Recursos del Régimen Subsidiado.*** El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales.

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP, que se destinarán previo concepto del Conpes hasta en un 65% al régimen subsidiado en salud. El porcentaje restante, se destinará para financiar la atención de la población pobre y no asegurado en lo no cubierto por el subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública;

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por Etesa a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial;

c) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

a) El 50% de los Impuestos sobre el patrimonio que se fijen para la seguridad democrática y social será destinado a garantizar la cobertura en salud a los colombianos más pobres;

b) El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres ($286.953.000.000,00) millones. En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización en la población de Sisbén I, II y III en los términos establecidos en la presente ley;

c) El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;

d) Medio punto de lo que le corresponde a los Fondos Privados de Pensiones obligatorias por administración;

e) Recursos del Fondo de Regalías;

f) Parte de los recursos del Fosyga que actualmente se encuentran invertidos en TES;

g) Un impuesto del 2% que pagarán las Electrificadoras privadas calculado sobre el total de los recaudos;

h) El 3% de sobretasa al Gas Natural Vehicular;

i) Un impuesto del 50% que se impondrá en la venta de armas y municiones por parte de Indumil a particulares.

3. Otros.

a) Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones;

b) Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.

Parágrafo. Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos buscando conseguir la equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumpla con los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

Artículo 14. ***Pago de deudas al régimen subsidiado.*** Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud vigentes a 31 de diciembre de 2004 que estén debidamente registradas y reconocidas. Si las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas pendientes con el régimen subsidiado.

Artículo 15. ***Flujo y protección de los recursos.*** Los actores responsables del manejo y administración (flujo y protección) de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la Cuenta de Solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación y se girará, previo cumplimiento de los requisitos exigidos, a las entidades territoriales, por trimestres anticipados. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con lo establecido en la presente ley;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas, destinadas al recaudo y al gasto en salud pública, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social. El incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;

c) Una vez recibidos los recursos del Fosyga, el ente territorial tendrá que girar, dentro de los quince (15) días siguientes, estos recursos a las aseguradoras. Estos pagos, efectuados por los fondos territoriales de salud se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario, salvo las excepciones mencionadas en el literal anterior;

d) Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, o ARS pagarán los servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura;

e) Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,5% de los recursos propios de la salud, para financiar los servicios de interventoría del régimen subsidiado. Estos recursos solo podrán ser contratados con entidades previamente habilitadas, departamentalmente, de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de la Protección Social;

f) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos de salud constituyendo Patrimonios Autónomos, con cuentas separadas de los recursos del pago obligatorio de salud de propiedad de los afiliados y los recursos de administración o inversión de propiedad de las Entidades Promotoras de Salud. Para tal efecto, utilizarán cuentas maestras para el recaudo y gasto, en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social y sus rendimientos deberán ser reinvertidos en los Fondos del Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 1°. En todo caso, el Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del sistema utilizando, de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

Parágrafo 2°. Los giros correspondientes al Sistema General de Participación para Salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar directamente a los actores del sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no gire oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO IV

Del aseguramiento

Artículo 16. ***Organización del Aseguramiento.*** Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud; la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, en los regímenes establecidos, quienes tendrán las siguientes características adicionales para su operación:

a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables del país clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o el instrumento que lo reemplace, siempre y cuando no estén o deban estar en el régimen contributivo o regímenes especiales y de excepción. Quedan incluidas quienes a la vigencia de la presente ley cuenten con subsidio parcial y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud defina como prioritarias. En la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, debe tener en cuenta los mecanismos para promover la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén;

b) La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal y/o departamental, se hará una vez se haya logrado una cobertura del 95% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social;

c) Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo con las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios;

d) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del Sisbén pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC plena del régimen subsidiado en salud;

e) La actualización del Plan Obligatorio de Salud se realizará al menos una vez al año, y se procederá al acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el contributivo;

f) El valor total de la UPC será entregado a la EPS del régimen subsidiado por lo que al trasladarle la responsabilidad de las actividades de P y P a las EPS, lo natural es darle claridad en cuanto al traslado de los recursos. El valor total de la UPC será entregada a la EPS del régimen subsidiado, por lo que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad prevista en el POS del régimen subsidiado, por tal razón se requieren los recursos para tal fin. La prestación de los servicios se hará a través de la red pública contratada por las respectivas EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio. Cuando las Empresas Sociales del Estado (ESE) no tengan capacidad para prestar estos servicios o cuando los resultados pactados entre EPS del régimen subsidiado y las Empresas Sociales del Estado (ESE), se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien él delegue;

g) No habrá copagos ni cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado en Salud;

h) No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el régimen contributivo. A las personas se les contabilizará el tiempo de afiliación en el régimen subsidiado o en cualquier EPS del régimen contributivo para efectos de los cálculos de los períodos de carencia;

i) Las poblaciones de desplazados y desmovilizados cuyos recursos para la atención en salud del régimen subsidiado no son del sistema general de participaciones serán afiliadas a una empresa promotora de salud pública del régimen subsidiado del orden nacional de la primera afiliación, siendo optativa la libre elección en el siguiente período de traslado;

j) En aquellos casos de enfermedad de alto costo que se soliciten medicamentos y/o servicios no incluidos en los Planes de beneficios a las EPS de los dos regímenes, estas llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley;

k) El Ministerio de la Protección Social, deberá definir los parámetros y servicios para que los Planes Adicionales de Salud sean complementarios al Plan Obligatorio de Salud del régimen Contributivo.

Artículo 17. ***Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante.*** Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS hasta el 40% del valor total de la UPC en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Parágrafo. Cuando se compruebe que en las IPS hay participación de las EPS, estas serán responsables solidariamente por cualquier daño causado por la IPS y por las sanciones a estas, con el total de su patrimonio, y el patrimonio técnico será calculado con el total de las inversiones que las EPS hagan.

Artículo 18. ***Contratación en el Régimen Subsidiado.*** Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y las EPS públicas del régimen contributivo, contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutiva. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta (60%) el primer, segundo y tercer año siguiente a la vigencia de la presente ley, y del cincuenta y cinco por ciento (55%) en los años posteriores. El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de estos porcentajes en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Las EPS Públicas del Régimen Contributivo contratarán obligatoria y efectivamente con las ESE un mínimo del 30%.

Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Artículo 19. ***Liquidación de contratos en el régimen subsidiado***. Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramiento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

Artículo 20. ***El aseguramiento de los independientes contratistas y no contratistas.*** Con el fin de facilitar la afiliación de los independientes contratistas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades contratantes descontarán el porcentaje obligatorio para salud sobre el 40% de lo devengado y procederá a su afiliación en salud.

Parágrafo. Cuando el contratista pueda probar que está cotizando sobre el tope máximo de cotización exigido de sus ingresos, la ley no le será aplicable por lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 21. ***Aseguramiento del Alto Costo.*** Para la atención de enfermedades de alto costo las empresas promotoras de salud contratarán el reaseguro o reasegurarán directa o colectivamente dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida la Comisión de Regulación en Salud.

Los excedentes de atención de las enfermedades de alto costo, es decir, el valor que supere la cobertura de la póliza, serán cubiertos con un fon-

do constituido con el 2% de la Unidad de pago por capitación de ambos regímenes.

Este fondo será manejado según la reglamentación que para tal efecto expida la comisión reguladora en salud. El porcentaje del 2% a que hace referencia el presente artículo será revisado anualmente por la comisión reguladora de salud. El Ministerio de la Protección Social expedirá en el año siguiente a la vigencia de la presente ley, los protocolos para la atención de las enfermedades de alto costo y los mecanismos de evaluación para la aplicación de los mismos por parte de las aseguradoras.

Artículo 22. ***Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.*** Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán objetar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios. El incumplimiento de esta disposición será sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Artículo 23. ***Movilidad entre regímenes.*** Con el ánimo de lograr la movilidad entre régimen Subsidiado y Régimen Contributivo la Comisión Reguladora reglamentará, dentro de los seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente ley, los mecanismos necesarios para alcanzar este objetivo.

Artículo 24. ***Del subsidio a la cotización.*** Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, hayan cotizado ininterrumpidamente durante dos (2) años al régimen contributivo, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. El Subsidio a la cotización, una vez sea definido por la Comisión Reguladora, se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

Artículo 25. ***Obligaciones de las aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios:***

a) Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno de su EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente;

b) La Comisión Reguladora reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo con las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

Artículo 26. ***Agilidad en los recobros.*** El Ministerio de la Protección Social diseñará mecanismos que permitan que, sin poner en riesgo la garantía para todas las partes que deben tener los trámites y los pagos se agilicen y faciliten los mecanismos de recobro entre los actores del sistema y el Fosyga, especial interés se le dará a enfermedades genéticas lisosomales.

Artículo 27. ***Afiliación de empleados de entidades oficiales a la ARP del ISS.*** A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades oficiales del orden nacional, departamental, distrital y municipal deberán afiliar a sus empleados a la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales, para la protección de riesgos laborales que como empleador le corresponde cubrir en un ciento por ciento (100%) al Estado.

La Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales podrá trasladar anualmente a la EPS del mismo Instituto, un porcentaje del excedente de sus reservas técnicas acumuladas al final de cada vigencia fiscal, previos estudios actuariales avalados por la Superintendencia Financiera, que asegure dichas reservas y los gastos de funcionamiento de la ARP. El porcentaje será definido por el Consejo Directivo del ISS, y solo tendrá como finalidad financiar gastos inherentes a la salud, distintos al pago de gastos de personal, gastos generales administrativos y otros gastos no relacionados directamente con la prestación de servicios de salud.

CAPITULO V

De la prestación de servicios de salud

Artículo 28. ***De la regulación en la prestación de servicios de salud.*** Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud el Ministerio de la Protección Social definirá:

a) Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales;

b) Un Sistema Tarifario que debe contener, entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año. En caso de no revisarse, el mismo será indexado con la inflación esperada;

c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas;

d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

Parágrafo. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de una año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo, salvo los requerimientos por integración vertical o contratación con la red pública, será investigada y sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud**.**

Artículo 29. ***De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.*** La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

Parágrafo 1°. Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las Empresas ESE no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Parágrafo 2°. La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermeda-

des crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas.

Artículo 30. ***Regulación de las Empresas Sociales del Estado.*** El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:

a) Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia;

b) La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian;

c) Las condiciones y requisitos para que las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE) recursos, cuando por las condiciones del mercado las ESE, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles;

d) Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso estas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

Parágrafo 1°. Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

Parágrafo 3°. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación a los estatutos para su manejo en lo concerniente a conformación de juntas directivas, nombramiento de gerentes, régimen de personal, régimen disciplinario, régimen salarial, prestacional, presupuestal, y de sistemas de información de las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 31. ***Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado*** serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante proceso que deberá realizarse en los primeros seis (6) meses del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, de la cual el nominador según estatutos tendrá que escoger, previo proceso de selección por méritos.

Durante su período podrán ser removidos o retirados a solicitud de la Junta Directiva con mayoría calificada, de acuerdo con la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Los actuales Gerentes de las ESE, continuarán su período hasta el inicio de los nuevos Alcaldes y Gobernadores, sin perjuicio de ser removidos, si no cumplen con los indicadores de gestión.

Parágrafo. En caso de vacancia absoluta de su gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará con el período del respectivo nominador. Cuando la vacancia se produzca a menos de seis meses de terminar el respectivo período el jefe de la administración de la respectiva entidad territorial a la que pertenece la ESE, encargará un gerente.

Artículo 32. ***Del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado.*** En concordancia con el artículo 33 de la Ley 60 de 1993, el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

Parágrafo. Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo con la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima

Artículo 33. ***Del fortalecimiento de Asociaciones y/o Cooperativas de las ESE:*** El Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverá la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.

Estas asociaciones y/o cooperativas ofrecerán servicios y/o podrán proveer insumos, siempre y cuando beneficien a las entidades con economía de escala, calidad, oportunidad, eficiencia y transparencia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará mecanismos de adquisición de insumos y medicamentos en las cuales las asociaciones y/o cooperativas a las que hace referencia este artículo, tendrán la posibilidad de competir.

Artículo 34. ***Prohibición en la prestación de servicios de salud.*** En ningún caso se podrán prestar servicios de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.

CAPITULO VI

Salud pública

Artículo 35. ***Definición.*** La salud pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo de manera integrada, siendo uno de los componentes e indicador de las condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país. Se realiza bajo la rectoría del Estado y debe promover la participación responsable de todos los sectores y de la comunidad.

Artículo 36. ***Plan Nacional de Salud Pública.*** El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

a) Las prioridades epidemiológicas, intervenciones de los factores de riesgo y las principales enfermedades y condiciones de salud pública que deben ser atendidas. “Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Pública o privada” en materia de vacunación, salud sexual y reproductiva;

b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos;

c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;

d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;

e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada período de cuatros años;

f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;

g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de

salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;

i) Los modelos de atención, tales como salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;

j) El plan deberá incluir, obligatoriamente, acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. Así mismo deberá incluir el plan, las acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como los indicadores de mortalidad materna.

Parágrafo 1°. Los programas de control de interés en salud pública definidos con base en el perfil epidemiológico del país y sus territorios corresponden a los bienes, servicios y acciones coordinadas intra e intersectorialmente en la forma de programas verticales para el control de las enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud.

Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de la Protección social y los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud y estarán definidos máximo seis meses después de sancionada esta ley.

El Estado garantizará, que los programas de televisión para la franja infantil deberán obligatoriamente tener contenidos edificantes y promotores de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo.

Artículo 37. ***Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.*** Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales, las siguientes:

a) La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos;

b) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados;

c) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control sanitario de la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1ª, 2ª, 3ª y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución, transporte y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos;

d) La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.

Parágrafo 1°. El Invima, podrá delegar algunas de estas funciones en las entidades territoriales.

Parágrafo 2°. El Invima podrá contratar, cuando sea necesario, algunas funciones del presente artículo. Esta contratación deberá hacerse con entidades de reconocido prestigio, técnico y científico, dándole prioridad a entidades públicas del orden territorial y/o nacional.

Artículo 38. ***Control a medicamentos.*** Los Entes Territoriales incluidos los distritos, exigirán a los productores y/o distribuidores mayoristas que los productos importados para consumo humano y todos los medicamentos que se vendan en su jurisdicción tengan tocologías de señalización para el control, que permitan garantizar su excelente calidad para el consumo. La señalización se colocará previa realización a las pruebas analíticas a los productos o medicamentos que garanticen su calidad.

Las tecnologías y su apoyo en el control la realizarán las Universidades Públicas colombianas que posean certificación de calidad internacional mínimo ISO 9000:2001 en desarrollo de software y que además posean una calificación de riesgo en solidez y estabilidad financiera expedidas por certificadoras avaladas por la Superintendencia Financiera con calificación igual o superior a **A.** Esta determinación se confirmará mediante elementos tecnológicos y no la decisión del personal directo encargado del control de la calidad de los productos importados y de todos los medicamentos. Los Entes Territoriales ejecutarán mediante mecanismos contractuales lo dispuesto en la presente norma en un plazo no mayor de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley.

Los productores, distribuidores mayoristas y distribuidores minoristas o vendedores al público, que no permitan realizar operativos de control se les suspenderá la actividad comercial o permisos otorgados por la autoridad competente entre uno (1) y cinco (5) años, sin perjuicio de las sanciones penales y policivas que se impongan.

CAPITULO VII

Inspección, vigilancia y control

Artículo 39. ***Definiciones.*** Para efectos del presente título de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

a) **Inspección:** La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras, las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular, la práctica de investigaciones administrativas.

b) **Vigilancia:** La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender por que las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

c) **Control:** El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Artículo 40. ***Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.*** Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Artículo 41. ***Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.*** Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. **Financiamiento.** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

2. **Aseguramiento.** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos de afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

3. **Prestación de servicios de atención en salud y salud pública.** Su objetivo es vigilar la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad.

4. **Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema Ge-

neral de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

5. **Eje de acciones y medidas especiales.** Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

6. **Información.** Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. **Focalización de los subsidios en salud.** Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

Artículo 42. ***Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.*** La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.

Artículo 43. ***Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud***. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, **además de los señalados en otras disposiciones**, los siguientes objetivos:

a) **Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud;**

b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;

c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al **servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases** de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

e) **Velar por que la prestación de los servicios de salud se realicen sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;**

f) **Velar por la eficiencia en la generación,** recaudo, flujo**, administración, custodia y aplicación** de los recursos **con destino a la prestación de los servicios de salud;**

g) Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema.

Artículo 44. ***Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.*** La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

a) Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantías, Fosyga, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100;

b) Podrá delegar en los Departamentos, Distritos y Municipios las funciones de inspección y vigilancia de su competencia. La función de control solo podrá ser delegada en los Departamentos y el Distrito Capital. La segunda instancia la ejercerá la Superintendencia Nacional de Salud;

c) Señalar los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que **deba** surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, contradicción **y doble instancia**. Para tal fin aplicará las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo;

d) Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud;

g) Sancionar, conforme a lo ordenado en el artículo 8° de esta ley, al Fondo de Solidaridad y Garantía y/o al Consorcio que lo administre, según corresponda, con multa de hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, que será pagadera a una Cuenta Nacional a favor de la Superintendencia Nacional de Salud;

h) Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social por parte de las Entidades Territoriales;

i) Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para cumplimiento de sus objetivos.

Parágrafo. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Artículo 45. ***Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.*** Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, pongan en riesgo o amenacen la salud del usuario;

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;

c) Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Conflictos relacionados con libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud solo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998.

Artículo 46. ***Defensor del Usuario en salud.*** Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo-cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

CAPITULO VIII

Disposiciones finales

Artículo 47. ***Disposición transitoria - excedentes de la Subcuenta Ecat.*** De los excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, del Fondo de Solidaridad y Garantías, (Fosyga), acumulados a diciembre 31 de 2005, se utilizará, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos ($150.000.000.000.00) para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas.

Los recursos se distribuirán entre las entidades territoriales y/o las IPS, de acuerdo con los criterios que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social y se ejecutarán a través de una cuenta especial en el respectivo Fondo de Salud.

Artículo 48. ***De la información en el Sistema General de Seguridad Social.*** En el transcurso de los siguientes seis meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social presentará el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, Sispro, que permita la eficiente administración de la información del Sistema General de Seguridad Social.

Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones:

a) Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Sivigila, y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social y de las Entidades Territoriales;

b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previstos en el artículo 2º de la presente ley.

Autorízase al Gobierno Nacional para destinar por una sola vez recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, para financiar la implementación del mismo, en las tareas que no sean obligación legal de las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Territoriales.

Parágrafo. En todo caso las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo con los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones, especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

Artículo 49. ***Régimen de contratación de EPS Públicas.*** Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 50. ***Vigencia y derogatorias.*** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

Germán Aguirre Muñoz,

Honorable Senador.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA.

Con mensaje de urgencia e insistencia, Bogotá, D. C., a los veinticuatro (24) días del mes de noviembre año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, la ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, ***al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones,*** y sus Proyectos acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado y 087 de 2006 Cámara, cuarenta y cuatro (44) folios y texto contentivo de cincuenta (50) artículos .

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2006