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 586 Bogotá, D. C., jueves 30 de noviembre de 2006 EDICION DE 32 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

CAMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 02 DE 2006 CAMARA, 040 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 Proyectos acumulados 01 de 2006, 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, Senado y 01 de 2006, 18 de 2006, 84 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006 Cámara.**

Bogotá, D. C., noviembre 28 de 2006

Doctora

LILIANA MARIA RENDON ROLDAN

Presidenta

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Ciudad

Respetada Presidenta:

Dando cumplimiento al deber de presentar ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 040 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 Proyectos acumulados 01 de 2006, 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, Senado y 01 de 2006, 18 de 2006, 84 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, Cámara, cuyos contenidos se relacionan con cambios totales y parciales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente en lo relacionado con la estructura, organización, políticas, competencias y recursos, entregamos a ustedes la exposición de motivos y el articulado propuesto para segundo debate ante la Plenaria de la Cámara de Representantes.

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. **Objeto de los proyectos**

Los proyectos enunciados tienen como objeto reestructurar total o parcialmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), especialmente, lo relacionado con la estructura, organización, políticas, dirección, aseguramiento, salud pública, prestación de servicio, financiación, flujo de recursos, Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, al igual que, el Sistema de Información; además de ratificar la responsabilidad por parte del Estado por la dirección, prestación, coordinación, control y desarrollo armónico y coherente en la implementación del sistema.

A continuación nos permitimos reseñar y resumir los proyectos de ley que han sido acumulados.

1. Proyecto de ley número 01 de 2006 Senado, 087 de 2006, Cámara, *por la cual se otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República y se dictan otras disposiciones.* Dicha iniciativa gubernamental, plantea otorgar facultades extraordinarias al Presidente de la República para **regular la integración vertical** de EPS, IPS y grupos empresariales de salud.

2. Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 040 de 2006 Senado, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, del Ministerio de la Protección Social, incorpora el concepto de la **Administración por resultados** de los recursos de salud pública, estableciendo y evaluando los indicadores de gestión. Igualmente, propone que la administración de las **acciones de promoción y prevención de la salud, esté a cargo nuevamente de las EPS**.

3. Proyecto de ley número 20 de 2006 Senado, *por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, cuya autoría es del honorable Senador Dieb Maloof Cusé, propone modificaciones al SGSSS, en lo relacionado con las **competencias** en los **diferentes niveles** político-administrativos, el recaudo, distribución y flujo de recursos, el aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública y la inspección, vigilancia y control.

4. Proyecto de ley número 26 de 2006 Senado, *por la cual se dictan normas para el fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de servicios de carácter público (IPS) de la red hospitalaria nacional y se dictan otras disposiciones*, de la honorable Senadora Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda, formula el **pago anticipado** del 50% de los contratos suscritos **entre ARS e IPS**, por modalidad distinta a la capitación.

5. Proyecto de ley número 38 de 2006 Senado, *por la cual se crea la Comisión de Regulación de Salud*, autoría del honorable Representante Jaime Restrepo Cuartas, sugiere la **creación de la Comisión de Regulación** en Salud y modificar las competencias del CNSSS, con el fin de **racionalizar la intervención del Estado** en el sector salud.

6. Proyecto de ley número 67 de 2006 Senado, *por la cual se promueve la universalización de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud*, cuyos autores son los honorables Senadores Zulema Jattin, Armando Benedetti, Julio Manzur; honorables Representantes Bernardo M. Elías, Eduardo Crissien, Erick Morris, Carlos Zuluaga, Luis Antonio Serrano y otros, plantean **aumentar la cotización del régimen contributivo** de salud, al trece por ciento (13%) del Salario Base de Cotización, incluyendo los regímenes de excepción; de igual forma, el Gobierno Nacional y el Congreso de la República tendrían que garantizar la apropiación de los recursos

necesarios para alcanzar la **universalidad en dos años** de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y la sostenibilidad del Sistema.

7. Proyecto de ley número 116 de 2006 Senado, *por la cual se introducen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* ,del honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros, propone redefinir los objetivos del sistema de salud y el establecimiento de mecanismos de administración por resultados para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de la Protección Social, formula los **planes anuales de salud pública**, sus metas y su control, **amplía la afiliación al Régimen Contributivo y en riesgos profesionales a los trabajadores independientes** y busca garantizar la portabilidad nacional de seguro de salud.

8. Proyecto de ley número 122 de 2006 Senado, *por la cual se deroga el Libro Segundo y se reforma el Libro Tercero de la Ley 100 de 1993 y algunos artículos referentes a salud contenidos en la Ley 715 de 2001 y se constituye el Sistema Integral de Salud,* del honorable Senador Luis Carlos Avellaneda Tarazona, busca **garantizar el derecho efectivo a la salud para todos los colombianos y colombianas en términos de equidad, eficiencia y universalidad, gracias a la eliminación del lucro por parte de los intermediarios del Sistema** y ejerciendo una mayor inspección, vigilancia y control, soportada por un sistema de información gerencial que integra a todos los actores del sistema.

9. Proyecto de ley número 128 de 2006, Senado, *por la cual se ordena la afiliación obligatoria de las entidades oficiales del orden nacional, departamental y municipal a la administradora de riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales,* del honorable Senador Dieb Maloof Cusé, propone que las entidades oficiales **afilien a sus empleados a la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales**.

10. Proyecto de ley número 143 de 2006 Senado, *por la cual se reforman los libros segundo y tercero de la Ley 100 de 1993 y se hacen algunas modificaciones en el Sistema de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones,* del honorable Senador Miguel Pinedo Vidal, considera que se debe **fortalecer la descentralización para la Garantía del Derecho a la Salud**, constituyendo y/o manteniendo los Fondos Territoriales de Salud, de igual forma, fortalecería la capacidad técnica, administrativa y financiera de los entes territoriales para el manejo de los fondos y establecería la contratación de los fondos con las aseguradoras del Régimen Subsidiado y con la red pública para atención de la población pobre no asegurada, en el marco de un modelo de prestación de servicios, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

11. Proyecto de ley número 01 de 2006 Cámara, *por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política*, cuyos autores son honorable Senadora Dilian Francisca Toro Torres y los honorables Representantes Sandra Rocío Ceballos Arévalo y Eduardo Benítez Maldonado, busca **reordenar el SGSSS**, universalizar la cobertura de aseguramiento en tres años y la sostenibilidad de largo plazo, reestructurar y aumentar el financiamiento, mejorar el flujo, la protección y el uso adecuado de los recursos, a través del fortalecimiento y descentralización del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, de manera que se garantice el equilibrio en las relaciones entre aseguradores y prestadores, **se racionalice la prestación de servicios de salud y se fortalezcan las políticas, planes y proyectos de salud pública en el territorio nacional**.

12. Proyecto de ley número 018 de 2006 Cámara, *por la cual se modifica el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993*, de autoría de honorables Senadores Alexandra Moreno Piraquive y Manuel Antonio Virgüez y la honorable Representante Gloria Stella Díaz Ortiz, se propone definir las **clases de afiliados** que existen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

13. Proyecto de ley número 084 de 2006 Cámara, *por la cual se reforma parcialmente la Ley 100 de 1993 y se dictan normas para la organización del Régimen Subsidiado y de la atención en salud de los vinculados*, del honorable Representante Jorge Julián Silva Meche, propone **crear el Sistema Unico para la Administración de los Subsidios de Salud** con el objeto de unificar la financiación del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de la población en condiciones de vulnerabilidad y sin capacidad de pago.

14. Proyecto de ley número 130 de 2006 Cámara, *por la cual se reforman los libros segundo y tercero de la Ley 100 de 1993 y se crea el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (Sisesa)*, del honorable Representante Germán Enrique Reyes Forero busca **crear el Sistema Integrado de Seguridad Social en Salud (Sisesa)** y define las garantías en salud y riesgos profesionales para toda la población colombiana, la organización del sistema, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación de los servicios de salud y riesgos profesionales, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control y los criterios para definir políticas de talento humano y de ciencia y tecnología en salud.

15. Proyecto de ley número 137 de 2006 Cámara, *por la cual se implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los trabajadores y trabajadoras del arte y gestores y gestoras culturales* del honorable Representante Venus Albeiro Silva Gómez, procura garantizar el **acceso de los trabajadores y trabajadoras del arte** y gestores y gestoras culturales al Sistema de Seguridad Social del Régimen Subsidiado, en condiciones de equidad.

16. Proyecto de ley número 140 de 2006 Cámara, *por la cual se dictan normas sobre la prestación de servicios de salud*, cuyos autores son los honorables Representantes Carlos Ramiro Chavarro, Carlos Germán Navas Talero, David Luna Sánchez, Juan de Jesús Córdoba Suárez, Germán Varón Cotrino, Carlos Arturo Piedrahíta Cárdenas, William Vélez Mesa, Nicolás Uribe, José Fernando Castro Caicedo, Wilson Alfonso Borja, Germán Enrique Reyes Forero, José Joaquín Camelo Ramos, Crisanto Pizo Mazabuel, Jorge William Silva y Clara Pinillos y los honorables Senadores Samuel Benjamín Arrieta y Gustavo Petro Urrego, sugiere **establecer sanciones para las Empresas Promotoras de Servicios de Salud, EPS,** cuando sean condenadas, en sentencia proferida, como consecuencia del ejercicio de una acción de tutela, por la vulneración o amenaza de violación de un derecho fundamental, ocasionada por la negativa al suministro de un medicamento o de un tratamiento requerido por el paciente.

17. Proyecto de ley número 141 de 2006 Cámara, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras normas en materia de recursos y competencias*, autoría de los honorables Representantes Hernando Betancourt, Luis Fernando Almario, Pedro Nelson Pardo, Orlando Montoya Toro, Constantino Rodríguez y Oscar Arboleda Palacio, propone la **creación de las ESE en todos los departamentos**, **garantizando la prestación de servicios**. De la misma forma, se organiza el sistema de contratación de las EPS con las ESE. Así mismo a partir del 1° de enero del 2008 el Gobierno Nacional entregará el manejo de los recursos del Régimen Subsidiado a la Unidad Administradora del Régimen Subsidiado de Carácter Estatal en cada departamento, como también se creará la tarjeta única que identifique al afiliado en el sistema.

II. **Consideraciones supraconstitucionales, constitucionales y legales**

1. **Normas supraconstitucionales**

Integran el bloque de constitucionalidad, entre otros, los tratados del derecho internacional humanitario, tales como los Convenios de Ginebra, los Protocolos I y II y ciertas normas del Pacto de San José de Costa Rica y las recomendaciones y convenios de la OIT, los cuales encuentran asidero en el artículo 93 de la Carta, según el cual "Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíbe su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno".

Tal es la integralidad del bloque de constitucionalidad, que, habiéndose ratificado un tratado internacional en materia de derechos humanos, previa aprobación del Congreso de la República y siempre que el tratado se encuentre vigente en el ámbito internacional y nacional, los derechos asegurados en el tratado se incorporan en el ordenamiento jurídico interno, adquiriendo plena vigencia, validez y efectos jurídicos, no pudiendo ningún órgano del Estado desconocerlos y debiendo, todos ellos, respetarlos y promoverlos.

En todo caso, los Estados que los ratifican deben tener en cuenta dos asuntos fundamentales:

• El artículo 26 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados obliga a los Estados a cumplir las disposiciones de los acuerdos que concluyan, de *buena fe* (principio *pacta sunt servanda*) y el 27 prohíbe a las Partes invocar disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de sus obligaciones internacionales.

• Si bien los derechos no deben ser traducidos literalmente a leyes internas, ni en los Convenios se aconsejan procedimientos determinados para

invocarlos en los sistemas domésticos, el Estado debe asegurarse de que la organización o la legislación locales prevean mecanismos efectivos de protección de los derechos consagrados en los instrumentos.

Colombia es miembro de un gran número de organizaciones internacionales que buscan la protección y garantía de los Derechos Humanos –entre ellas, la OIT–; las obligaciones que ha contraído en ese ámbito son exigibles por partida triple: pueden reclamarlas Organizaciones como tales (en virtud del tratado constitutivo), los Estados y lo más importante, los individuos, previo agotamiento de los procedimientos internos del Estado.

Es así, como el Gobierno colombiano, al ratificar, por ejemplo, las disposiciones consagradas en la Constitución de la OIT y los posteriores convenios sobre la protección y el progreso de los derechos de los trabajadores colombianos, adquirió, en el ámbito internacional, la obligación de no menoscabar los derechos que había concedido y aún más, de implementar los que mediante esos instrumentos se comprometía a llevar a cabo, haciéndolos extensivos de manera gradual dentro de lo que se considera el principio de progresividad.

Es así, como a la hora de legislar se deben tener en consideración las disposiciones normativas y generales contempladas en el derecho público internacional, en procura de la universalidad, dentro de la esfera de la protección de los derechos inherentes a la condición humana, con sus aspectos sociales políticos y culturales.

A continuación se detallan algunas de las disposiciones, en materia de salud, que al momento de legislar, se deben incorporar en procura de una reglamentación acorde a los conceptos y noción de lo que debe ser la seguridad social como derecho y la salud como uno de los elementos integradores de dicha garantía:

a) Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948.

• Artículo 25 numeral 1, en cuanto a que "Toda persona tiene derecho a la asistencia médica y los servicios sociales necesarios";

b) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre 1948.

• Artículo 11 en cuanto a que "toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a … la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad;

c) **Ley 319 de 1996. (Septiembre 20**). "Por medio de la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador".

• Artículo 9°. Derecho a la Seguridad Social.

Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

• Artículo 10. Derecho a la salud.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a) **La atención primaria de la salud**, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b) **La extensión de los beneficios** de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c) **La total inmunización** contra las principales enfermedades infecciosas;

d) **La prevención y tratamiento de las enfermedades** endémicas, profesionales y de otra índole;

e) **La educación de la población** sobre la prevención y tratamiento de los **problemas de salud**;

f) **La satisfacción de las necesidades de salud** de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables;

d) **Ley 516 de 1999,** "por medio de la cual se aprueba el Código Iberoamericano de Seguridad Social", acordado por unanimidad en la "Reunión de Ministros - Máximos Responsables de Seguridad Social de los Países Iberoamericanos".

• Artículo 9°. El derecho a la Seguridad Social debe extenderse de forma progresiva a toda la población, sin discriminaciones por razones personales o sociales.

• Artículo 10. Para la determinación de los mínimos de Seguridad Social en Iberoamérica, el Código presta atención preferente al impulso, dentro de las posibilidades de cada país, de las actuaciones necesarias para el desarrollo efectivo del derecho a la salud, especialmente en los ámbitos preventivos y de atención primaria.

• **Artículo 12.** El derecho a la Seguridad Social se fundamenta, entre otros, en el principio de solidaridad.

Sección Segunda - Asistencia sanitaria

• Artículo 35. Para el cumplimiento obligatorio de esta Sección, todo Estado que haya ratificado el Código se compromete a desarrollar sus servicios de salud, a fin de que, con la progresividad que sea necesaria y conforme a las posibilidades económicas de cada momento y al desarrollo de la capacidad asistencial del país, las prestaciones sanitarias tiendan a configurarse como prestaciones de carácter universal en favor de la población contemplando integralmente los aspectos relacionados con la prevención y la asistencia de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

• **Artículo 36.** Se entenderá cumplida esta Sección del Código cuando las personas protegidas, según la fase de aplicación progresiva personal en la que se acepte el Código, comprendan:

a) Primera Fase:

i) A categorías determinadas de trabajadores asalariados que, en total, constituyan al menos el 40 por 100 de todos los trabajadores asalariados, así como, cuando lo prevean la legislación y las prácticas nacionales, a los cónyuges y a los hijos a cargo de los miembros de estas categorías;

ii) O a categorías determinadas de la población económicamente activa que, en total, constituyan al menos el 30 por 100 de toda la población económicamente activa, así como cuando lo prevean la legislación y las prácticas nacionales, a los cónyuges y a los hijos a cargo de los miembros de estas categorías;

b) Segunda Fase:

1°. A categorías determinadas de trabajadores asalariados que, en total, constituyan al menos el 50 por 100 de todos los trabajadores asalariados, así como cuando lo prevean la legislación y las prácticas nacionales, a los cónyuges y a los hijos a cargo de los miembros de estas categorías;

ii) O a categorías determinadas de la población económicamente activa que, en total, constituyan al menos el 40 por 100 de toda la población económicamente activa, así como cuando lo prevean la legislación y las prácticas nacionales, a los cónyuges y a los hijos a cargo de los miembros de estas categorías;

iii) O a categorías determinadas de la población que, en total, constituyan al menos el 30 por 100 de toda la población;

c) Tercera Fase:

i) A categorías determinadas de trabajadores asalariados que, en total, constituyan al menos el 60 por 100 de todos los trabajadores asalariados, así como cuando lo prevean la legislación y las prácticas nacionales, a los cónyuges y a los hijos a cargo de los miembros de estas categorías;

ii) O a categorías determinadas de la población económicamente activa que, en total, constituyan al menos el 50 por 100 de toda la población económicamente activa, así como cuando lo prevean la legislación y las prácticas nacionales, a los cónyuges y a los hijos a cargo de los miembros de estas categorías;

iii) O a categorías determinadas de la población que, en total, constituyan al menos el 40 por 100 de toda la población.

• Artículo 37. Todo Estado habrá de garantizar a las personas protegidas el acceso a prestaciones sanitarias de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación, de conformidad con los siguientes artículos.

• Artículo 38. La asistencia sanitaria, prestada de conformidad con los artículos anteriores tendrá por objeto promover, preservar, restablecer o mejorar el estado de salud de las personas protegidas, así como en su caso

su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

• **Artículo 39.** Las prestaciones ofrecidas deberán proteger las contingencias relacionadas con todo tipo de estado mórbido, cualquiera que fuese su causa y en cualquier estadio de su evolución. Así mismo, se protegerán las contingencias derivadas del embarazo, el parto y sus consecuencias.

• **Artículo 40.** Las prestaciones sanitarias, cuyo acceso debe garantizarse, comprenderán:

a) En relación con estados mórbidos, de conformidad con lo establecido en el artículo 39 de este Código:

i) La asistencia médica general;

ii) La asistencia por especialistas en hospitales o fuera de ellos a personas hospitalizadas o no;

iii) El suministro de productos farmacéuticos esenciales necesarios, recetados por médicos u otros profesionales calificados, de conformidad con lo que prevean la legislación y las prácticas nacionales;

iv) La hospitalización, cuando fuese necesaria;

b) En caso de embarazo, parto y sus consecuencias:

i) La asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal;

ii) La hospitalización, cuando fuese necesaria.

• **Artículo 41.** Del gasto de la asistencia sanitaria recibida podrá participar el beneficiario o su familia, de conformidad con lo que prevean la legislación y las prácticas nacionales. Dicha participación no deberá significar un gravamen de magnitud tal que dificulte el acceso a las prestaciones ofrecidas.

• **Artículo 42.** La asistencia sanitaria mencionada en el artículo 40 de este Código deberá garantizarse, en la contingencia cubierta, por lo menos a las personas protegidas que hayan cumplido el período de calificación que se considere necesario y cuando lo prevean la legislación y las prácticas nacionales, a los cónyuges y a los hijos a cargo de las personas protegidas que hayan cumplido dicho período.

• **Artículo 43.** Las prestaciones mencionadas en el artículo 40 de este Código podrán condicionarse, en el caso de los cónyuges y de los hijos a cargo de las personas comprendidas en categorías determinadas, a que no tengan derecho por sí mismas y en virtud de otro título a prestaciones de igual naturaleza.

• **Artículo 44.** 1. Las prestaciones mencionadas en el artículo 40 de este Código deberán concederse durante el transcurso de la contingencia cubierta, si bien en el caso de estado mórbido, la duración de la prestación, podrá limitarse, de conformidad con lo que prevean la legislación y las prácticas nacionales, pero sin que dicho límite pueda ser inferior a quince semanas.

De igual modo, deberán adoptarse las disposiciones que permitan la ampliación del límite a que se refiere el párrafo anterior, cuando se trate de enfermedades para las que, de conformidad con lo que prevean la legislación y las prácticas nacionales, se haya reconocido la necesidad de una asistencia más prolongada.

2. No obstante lo establecido en el número anterior, las prestaciones no podrán suspenderse mientras continúe abonándose una prestación monetaria por enfermedad.

• **Artículo 45.** Los Estados organizarán sus servicios de salud, según sus prácticas nacionales. No obstante, deberá quedar asegurada la suficiencia de los medios en los que se presta la asistencia, cuando se trate de medios distintos de los servicios generales de salud puestos a disposición de los beneficiarios por las autoridades públicas o por otros organismos, públicos o privados, reconocidos por las autoridades públicas.

e) **Convenios OIT**

Cabe destacar que dentro del preámbulo de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo contempla entre otros principios, la adecuada protección del trabajador contra las enfermedades, sean o no profesionales, y contra los accidentes de trabajo.

Tal principio en lo relativo a la prestación de servicios de salud se encuentra contemplado en **los Convenios 102 - 1955, 155 - 1983 y 161 – 1988 de la OIT**, además dentro de **la Recomendación R- 164 del 22 de agosto de 1981.**

2. **Consideraciones constitucionales**

Colombia pasó de ser un país organizado como Estado de Derecho, a un Estado Social de Derecho, la gran dimensión sistémica del Estado Social de Derecho obliga a que todas las ramas del poder público deben estar orientadas a tener como centro de preocupación el ser humano, el que viviendo en sociedad sea capaz de ejercer sus derechos, para realizar una sana convivencia y poder realizar su dignidad. De allí que los llamados derechos sociales adquieran una trascendental importancia, que ellos sean considerados como fundamentales y consecuencialmente de realización inmediata.

En este marco, la salud adquiere toda su potenciación, pues este importante derecho, por conexidad con el derecho a la vida, adquiere el carácter de esencial, en la medida en que no solamente es garante de la vida, sino que, además, se convierte en condición indispensable para la realización de otros derechos, como el de la educación y el trabajo, generándose así una cadena de entrelazamientos e interdependencias de derechos, en la cual los unos sirven a los otros para la realización integral del ser como sujeto social.

Importa destacar para este estudio, que el ordenamiento constitucional definió claramente que el interés general prima sobre el interés particular, así lo consagra los artículos 1° y 2°, al considerar, como fines esenciales del Estado, el servir a la comunidad promoviendo la prosperidad general, lo cual indica que estos principios son vinculantes para posteriores desarrollos legales en cualquier materia.

Consecuentemente, el artículo 366 de la norma superior establece "El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población" como "finalidades sociales del Estado", cuyo objetivo fundamental es buscar solución a las "necesidades insatisfechas de salud, educación, de saneamiento ambiental y de agua potable", priorizando el gasto público social sobre cualquier otra asignación.

De igual manera, será de muchísima importancia, para efectos de este trabajo, el principio de igualdad consagrado en el artículo 13 Constitucional, según el cual:

"Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".

La primera parte de este artículo, versa de la igualdad de todas las personas frente a la ley, es decir, consagra la igualdad formal; la segunda parte, contiene lo que se denomina la igualdad material, o, como prefieren otros, la igualdad real o igualdad efectiva, pues no basta, para construir equidad y, consecuencialmente, justicia social, decir que somos iguales ante la ley, ya que en la esfera de la realidad social se presentan muchísimas desigualdades, frente a las cuales el legislador y los operadores de la ley deben actuar mediante discriminaciones positivas para lograr esa igualdad real, a efecto de poder deprecar a todos los seres la vida digna.

El artículo 49 constitucional es también objeto de un miramiento con centralidad en esta ponencia en el capítulo atinente a salud pública colectiva, pues esta incide en la salud individual y a su vez en la salud de los asociados, hasta el punto que muchas veces es difícil encontrar la frontera entre una y otra.

Estará presente en esta ejecutoria, el artículo 25 de nuestra ley de leyes, según el cual, el trabajo como derecho debe otorgarse en condiciones de dignidad y justicia y para que se den estos dos atributos en el ámbito laboral, el trabajador debe preservar su salud.

Hemos tenido en cuenta, para proponer el articulado inserto más adelante el artículo 48 de nuestra Carta Fundamental y advertimos, desde ya, que en la Comisión Séptima de Senado se evidenciarán dos formas de concebir la organización para la prestación del servicio de salud: Una concepción no tocará el modelo planteado en la Ley 100 del 1993, para seguir permitiendo lo que fue casi de rechazo unánime hacia el seno de la Comisión Accidental: La mercantilización de la salud y consecuencialmente la concepción de que su prestación es un negocio, tal vez de los mejores, a costa de la salud de los

colombianos y colombianas, y otra concepción, según la cual para realizar el interés general es menester sacrificar intereses particulares, eliminando el ánimo de lucro, permitiendo así la realización del derecho para millones de colombianos que hoy están excluidos de la salud, avanzando en la construcción de equidad. En este sentido buscamos que la prestación de servicios de salud sea eficiente, que sea universal, que este inspirado en la solidaridad, para que a su vez, podamos predicar que el derecho es irrenunciable.

Incluso nos atreviéramos a decir que cuando el inciso 4° del artículo 48 Constitucional ordena no destinar, ni utilizar recursos de la salud, para fines distintos a ella, está cerrando la posibilidad de ánimo de lucro, de direccionamiento al atesoramiento vía ganancia de unos pocos o peor, como ocurre hoy, de la ausencia prestación o de la deficiente prestación de los servicios de salud.

En todo caso creemos que es del resorte de la soberanía legislativa el señalar que una actividad esté carente de ánimo de lucro o de regular esté, y en este caso consideramos un imperativo moral y un deber ético-político el eliminar el ánimo de lucro en este importantísimo servicio, a efectos de lograr universalidad, equidad y eficiencia.

El artículo 49 Constitucional es también objeto de un miramiento con centralidad en esta ponencia en todo el capítulo atinente a la salud pública colectiva, pues esta incide como verdad de Perogrullo en la salud individual y a su vez está en la salud de los asociados, hasta el punto que muchas veces es difícil encontrar la frontera entre una y otra.

De igual manera en este estudio se ha tenido en cuenta el artículo 53 de Nuestra Carta Política, referida a los principios fundamentales de toda relación laboral y entre ellos, con énfasis en la garantía de la seguridad social, la protección a la mujer, a la maternidad y al trabajador menor de edad.

Para efectos de la organización de la prestación de los servicios de salud, despojada de la concepción de ánimo de lucro, hemos tenido en cuenta el mandato superior del artículo 333, sobre libertad de actividad económica e iniciativa privada, pero dándole primacía al bien común, límite en el cual debe encuadrarse la activada económica, pero teniendo en cuenta la potestad constitucional del legislador para delimitar el alcance de la libertad económica a fin de proteger el interés social.

Antecedentes del informe de esta ponencia

En el Congreso de la República, en las Comisiones Séptimas Conjuntas se presentaron tres ponencias al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado y 02 de 2006 Cámara por parte del Partido Liberal, del Polo Democrático Alternativo y la bancada Oficialista, esta última fue aprobada por las mayorías de las comisiones, como ponencia base para la discusión.

Para segundo debate en Senado, fui designado ponente según comunicación de fecha 21 de noviembre de 2006, emanada de la Secretaría de la Comisión Séptima de esta corporación. Durante el proceso que se debe dar para la presentación de ponencia los coordinadores ponentes honorables Senadores Dilian Francisca Toro Torres y Reginaldo Montes Alvarez, no citaron a ninguna reunión para estudiar el contenido de la ponencia para segundo debate, lo que motiva la presentación de esta ponencia alternativa.

Con respecto al articulado aprobado en primer debate por las Comisiones Séptimas Constitucionales que sesionaron conjuntamente por el mensaje de urgencia, se mantienen diferencias de fondo con esta ponencia alternativa, las cuales se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. El problema de la salud en Colombia es de fondo, es de naturaleza estructural y no simplemente de hacerle ajustes, que son apenas maquillajes ligeros como es la propuesta de la ponencia de mayorías, pero así no se darán los profundos cambios que el sistema requiere para garantizar que los recursos de la salud se inviertan de forma real, efectiva, eficaz y verdadera en beneficio de la sociedad colombiana y tampoco se logrará el mejoramiento, ni la calidad de la salud.

2. La ponencia de mayorías no aborda el grave problema con relación a la alta inversión que hace el Estado y la sociedad en la salud, desvirtuándose totalmente, porque el interés de lucro predomina claramente en el modelo de aseguramiento imperante, en consecuencia, importantes recursos de la salud son objeto de apropiación privada profundizando así un modelo excluyente y monopolizador.

3. La salud como derecho fundamental que conlleva la cobertura universal, la equidad, calidad y la integralidad no se logrará con este leve ajuste al sistema.

4. Se afectan de forma grave los principios de: equidad, al no contemplarse los mismos planes de beneficios para toda la población; solidaridad, en tanto que se mantiene el esquema de Ley 100 y no se concreta la verdadera responsabilidad y cooperación social indispensable para garantizar la salud para toda la población colombiana; integralidad, ya que no se avanza en garantizar todos los servicios necesarios para la recuperación de la salud; unidad, puesto que no existe la debida coherencia y articulación de políticas e instituciones que garanticen el derecho irrenunciable a la salud; calidad, su avance es modesto, el sistema continuará adoleciendo de las óptimas condiciones de atenciones en salud; participación, se torna inexistente la intervención de los usuarios en la toma de decisiones y en la orientación del sistema de salud; integración, no se concreta la conformación de redes que optimicen la operación en la prestación de servicios de esta área; accesibilidad, puesto que el modelo de aseguramiento vigente afecta en la práctica el oportuno y óptimo uso de los recursos necesarios para garantizar que los usuarios lleguen y se suplan debidamente del sistema y la gratuidad porque se mantienen restricciones económicas convertidas en barreras de acceso al sistema de salud para la población más vulnerable.

5. El concepto de salud que maneja la ponencia aprobada es de corte biologicista, asistencialista y mercantilista, desvirtuando una concepción humanista e integral de la salud más allá de la mera enfermedad.

6. Se evade la discusión y la construcción de fondo de una verdadera política pública de salud.

7. El articulado propuesto no logra atacar de una forma precisa y contundente la problemática de la integración vertical y la posición dominante que ha permitido el desarrollo de oligopolios en el sector de la salud, teniendo en cuenta que algunos estiman, que en la actualidad se da la integración vertical hasta en un 20% y la ponencia de mayorías retrocede y la propone en un 50% agudizando la tendencia hacia el fortalecimiento de las posiciones dominantes.

8. El articulado adolece de mecanismos y estrategias claras en materia de intersectorialidad, interdisciplinariedad y claras acciones transversales. Así la salud pública es concebida de forma muy superficial y limitada.

9. Se conforma una Comisión de regulación del nivel nacional pero queda suelto este componente a nivel territorial. Pero algo que es muy preocupante en todo el articulado es que no define cómo operará estas nuevas disposiciones a nivel territorial.

10. El articulado en las nuevas condiciones de operación del sistema no contiene disposiciones en cuanto a las direcciones territoriales de salud, los consejos territoriales, el Instituto Nacional de Salud y lo relativo a talento humano.

11. Hay un total desconocimiento y una marginación deliberada de instancias, mecanismos y espacios de participación, para los actores del sistema como usuarios, talento humano, organizaciones sindicales, organizaciones sociales, etnias, etc., de forma que la definición de los aspectos políticos y estratégicos fundamentales del sistema quedan en poder de un grupo reducido de agentes manejados directamente por el Presidente de la República, lo que atenta contra la independencia, la pluralidad y la democracia del sistema.

12. No se definen de forma específica los contenidos del plan de salud pública que reemplazará según el articulado el PAB y se margina de forma expresa a las entidades estatales como ejecutoras de la salud pública; es así, que los recursos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se les devuelven a las EPS, retrocediendo lo establecido en la Ley 715, que permitió que los indicadores de salud pública mejoraran, cuando esta fue atendida por las entidades territoriales y se premia un actor ineficiente en la ejecución de estos recursos como son las EPS y ARS.

13. El articulado no apoya y por el contrario debilita las instituciones públicas de la salud, como las Empresas Sociales del Estado, porque fortalece económica, administrativa y operativamente al sector privado, con medidas como la administración y ejecución de mayor cantidad de recursos vía demanda y profundiza la integración vertical

14. Son tímidas las decisiones en materia de la vocería, defensa y preservación de los derechos de los usuarios frente a las aseguradoras EPS, ARS y las IPS.

15. El sistema de salud continúa fomentando una estratificación odiosa y un claro marginamiento de los afiliados al sistema. Con la aplicación de subsidios parciales, la inequidad se afianza en el modelo de aseguramiento y

la discriminación se concreta en las diferencias de los planes de beneficios que establecen salud de primera, segunda, tercera, cuarta y más categorías.

16. La ponencia en cuestión evade por completo la constitución de las redes públicas de salud, sobre el particular desconoció totalmente la necesidad sentida de las mismas en el mejoramiento y la optimización de estas.

17. La inspección, la vigilancia, el control, la evaluación y la información del sistema a nivel territorial queda en un limbo y no se concreta cómo operarán en las entidades territoriales estos componentes.

18. No se aborda lo relativo al régimen salarial de los profesionales y trabajadores de la salud, siendo estos actores unos de los más perjudicados con la aplicación de la Ley 100 de 1993, debido a la concepción de la salud como una mercancía. Asimismo, se desconoce el fenómeno de tercerización, sobreexplotación laboral y pérdida de la autonomía del acto médico por parte de los profesionales y trabajadores de la salud.

II. **Análisis sectorial**

Trece años de aplicación de la Ley 100 de 1993, desnudan los graves problemas de este modelo de aseguramiento, que como nunca antes logró canalizar cuantiosos recursos del Estado y la sociedad para el sector, pero estos no se reflejan en un impacto de fondo ni en calidad, ni cobertura en la salud de los habitantes del territorio nacional y los únicos beneficiados por los mismos, son las empresas privadas que se han enriquecido con estos recursos.

A continuación se presenta un análisis de la situación del problema en materia de salud y luego se presenta la sustentación de la iniciativa del Proyecto de ley número 122, de autoría del suscrito ponente.

1. **El divorcio entre salud pública y salud individual**

La Reforma a la Seguridad Social de 1993, se estableció sin tratar de manera articulada y adecuada la salud pública. De allí que sus contenidos carecen de instrumentos y conceptos indispensables para garantizarla. Al revisar el artículo 152 de la ley, se encuentra que la salud pública queda excluida de su ámbito de aplicación, dejando su contexto legal a las disposiciones contenidas en las Leyes 9ª de 1979 y 60 de 1993. No obstante y contradictoriamente, el artículo 165 de la misma ley, adopta el Plan de Atención Básica (PAB), constituido por intervenciones que se dirigen a la colectividad y a los individuos, con lo que se fraccionó la concepción de salud, dejando establecido que los bienes privados corresponden a los servicios de atención individual de la enfermedad y responden a la lógica del mercado, mientras que los bienes públicos se concentran en aquellas acciones y servicios que demuestran tener altas externalidades.

Esta concepción, asocia la atención en salud como una mercancía y el derecho a la salud como un negocio, definido en los contratos entre agentes del mercado, estructurando una salud para pobres y otra para ricos, que dentro del actual sistema se traduce en que quien tiene, obtiene beneficios, mientras que el que no, debe demostrar su condición de pobre para concursar por una mínima atención.

Esta división ha afectado la prestación de los servicios preventivos y los curativos, favoreciendo el debilitamiento de la estructura de programas verticales, de carácter nacional, para enfermedades prioritarias, sobre las cuales existan formas conocidas de control. Estos programas deben contar con recursos específicos y requieren dirección centralizada, como la del Instituto Nacional de Salud, debiendo ser adoptados y adaptados por las restantes entidades territoriales.

La fragmentación de la responsabilidad de planeación y ejecución de los diferentes programas contenidos, tanto en el PAB como en el POS, entre departamentos, municipios, EPS y ARS, ha llevado a inconsistencias tales como:

• La inexistencia de una política de salud pública, que fije claramente la responsabilidad del Estado en esta materia.

• La desarticulación, desconocimiento y deficiente desarrollo reglamentario y operativo de los conceptos relacionados con la salud pública.

• La Ley 9ª de 1979, siendo el pilar central de la salud pública, no ha sido objeto de actualización y revisión, lo que demuestra la indiferencia estatal hacia este tema.

• La inexistencia de un orden adecuado de acciones en salud pública, que corresponda a criterios claros y uniformes, identificando y diferenciando las necesidades de la población desde el punto de vista del individuo y de la comunidad.

• La investigación, en los diferentes aspectos relacionados con el campo de la salud, es deficiente y no hace parte de una política estructural.

• La reducción y desmonte de recursos físicos, financieros, logísticos y talento humano capacitado en el área.

• La pérdida de la capacidad, tanto investigativa, como operativa, para la producción de biológicos y sueros, por parte del Instituto Nacional de Salud.

Lo anterior se evidencia al observar los siguientes resultados:

• No se logran coberturas útiles en vacunación, reflejando el desinterés de las EPS y ARS, en brindar programas de prevención a sus afiliados, lo que, sumado a la desarticulación de los mismos con los PAB municipales, llevó a un punto crítico de cobertura en el año 1998, mostrando una leve recuperación para los siguientes años, debido, en buena parte, a los logros obtenidos por la Ley 715 de 2001, que en su artículo 46 devuelve la responsabilidad de la vacunación a los municipios, brindándola a través de las actividades PAB, a todos sus habitantes.

• La incidencia de la Malaria en el país, que, aunque desde la década de los 60, ha venido en incremento, se acentúa de manera vertiginosa a partir de 1998.

• El aumento en la incidencia anual de dengue, en el período comprendido entre 1995 y 2001, en especial por incremento de casos de dengue clásico, registrándose un promedio anual en el quinquenio de 30.232 casos, con una tasa a mitad de período de 75.6 por 100.000 habitantes.

Las anteriores cifras son algunos indicadores, entre los muchos que comprende la salud pública, que muestran que la evolución negativa ha sido consecuencia de la desarticulación de políticas y actores, que, para el caso de la Ley 100, debían ser adelantadas, principalmente, en dos niveles:

• Los Gobernadores y Alcaldes, mediante la formulación de los PAB, situación impropia, si se tiene en cuenta que estos lo desarrollaron sin ningún tipo de orientación estratégica y técnica; esto se manifiesta en que los PAB, se han rutinizado, cada año con ligeros cambios se repiten las mismas acciones, no se alcanza el rigor técnico en el análisis de la problemática a solucionar, ni se logra una óptima participación comunitaria en su ejecución y control, su contratación se ha tornado en varias partes en un botín de la politiquería o fuente de corrupción y no hay la óptima articulación, regional, departamental y nacional.

• Las EPS, ARS e IPS, que, en la mayoría de los casos, dejaron de ejecutar los recursos obtenidos vía UPC para dicho fin, o los aplicaban en acciones grupales de bajo impacto, con la intención de reportar coberturas que no las obligaran a devolver recursos.

Teniendo en cuenta que, salud pública significa salud del público y responsabilidad pública por la salud, lo cual implica rectoría del Estado en todos sus niveles territoriales y que, pensar el problema de salud pública expresa la aplicación del imperativo ético consistente en responder a las necesidades sociales, diferenciadas por clase social, ciclo vital, etnia, género y contar con la información necesaria para fijarse metas de superación de inequidades, calidad de vida y salud de la población, consideramos que la salud pública no puede quedar reducida a lo que hoy denominamos Plan de Atención Básica (PAB), ni a la "promoción y prevención" del actual sistema.

En consecuencia, es imperativo reorientar el sistema de salud hacia la integración de los servicios individuales y colectivos, preventivos y curativos, sectoriales y transectoriales, permitiendo el logro de una mejor calidad de vida y salud de las poblaciones en territorios específicos y desde la rectoría estatal.

En este punto, es necesario mencionar que, según la reglamentación internacional, ratificada por Colombia, en materia de salud, el Estado ha adquirido mayores obligaciones, en particular la Observación número 14 del Comité Internacional sobre los Derechos Sociales Económicos y Culturales de 2001, para definir los mínimos esenciales del derecho a la salud:

• Acceso a centros, bienes y servicios de salud sin discriminación, en especial a grupos vulnerables o marginados.

• Acceso a alimentación nutritiva, adecuada y segura.

• Acceso a hogar y vivienda con condiciones sanitarias básicas y agua potable.

• Facilitar medicamentos esenciales, según la definición de la OMS.

• Distribución equitativa de instalaciones, bienes y servicios de salud.

• Planes y programas de salud para toda la población, con participación y vigilancia de los progresos realizados por parte de la comunidad.

Estas obligaciones se definieron en conformidad con la Declaración sobre Atención Primaria en Salud de Alma Ata de 1978. La OMS, en el marco de la celebración de los 25 años de esta declaración y del informe de la salud en el mundo de 2003, ha propuesto a todas las naciones retomar a la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia central para superar las inequidades en salud y, de esta manera, alcanzar las metas del milenio aprobadas al comenzar el siglo XXI.

Aseguramiento

Mediante la Ley 100 de 1993, se contempló alcanzar la universalidad en su cobertura para el año 2000, a través de la creación de dos Regímenes, el Contributivo, fundamentalmente ligado al empleo formal y el Subsidiado, soportado básicamente sobre los recursos de solidaridad provenientes del primero y los recursos públicos destinados por el Estado para su financiación; sin embargo, trece años después, la cobertura del sistema, sumados tanto el Régimen Contributivo, los Regímenes Especiales, el Régimen Subsidiado y los Subsidios Parciales, no alcanza a ser del 88%, como se muestra en la siguiente tabla. Con la salvedad que estos datos poblacionales se basan en la información del último censo, realizado por el DANE, el cual está ampliamente cuestionado.

Subsidio Pleno	Subsidio Parcial	Contributivo	Especiales	Población No cubierta	Población Total
18.381.731	279.679	15.533.582	2.015.186	5.032.770	41.242.948

Fuente: MPS, Informe de Actividades 2005-2006.

El cuadro anterior, denota la ausencia de equidad en el sistema, ya que 5.032.770 Colombianos no tienen garantizado el acceso a los servicios de salud y que realmente solo el 43% de los colombianos, los afiliados a los Regímenes Contributivo y Especiales, tienen acceso a todos los niveles de atención contemplados en el Sistema, ya que un plan Subsidiado, corresponde al 56% de un POS Contributivo y un Subsidio Parcial a tan solo el 23%.

El Gobierno hábilmente presenta estas cifras, como un avance en la cobertura y considera que es un paso hacia la universalización, pero la realidad es que estos avances son aparentes. Millones de colombianos y colombianas están marginados del sistema, algunos afiliados al mismo se estrellan con limitaciones para acceder a los servicios y la calidad es la gran cuestionada en este panorama.

Las anteriores cifras resultan más preocupantes si se tiene en cuenta que los recursos públicos destinados al sector salud, se han venido incrementando de forma acentuada a partir del año 1993, pasando de un 2% a un 4% del PIB, es decir, un incremento de 100% en 9 años.

En materia de recursos, los mismos son administrados por el Fosyga, sobre los cuales la Contraloría General de la República, en auditoría integral gubernamental de 2004 concluye que: El resultado obtenido revela que el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, como Cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, presenta debilidades de control en los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales, que influyen en la ejecución eficiente y oportuna de los recursos que administra, lo que ha permitido, según el informe de auditoría, que recursos cuantificados en $1,4 billones, no se hayan aplicado adecuadamente dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Una vez analizadas las variables macro del sistema se procede a revisar las dinámicas micro, sobre las cuales opera. Inicialmente se presenta una revisión al Régimen Contributivo, el cual se financia en su totalidad con los aportes de patronos, trabajadores, pensionados e independientes con capacidad de pago, es decir, recursos generados principalmente en la economía formal.

En primera instancia, la regulación estatal en el Régimen Contributivo, ha sido muy errática y casi inexistente en el tema de los "mercados" de aseguramiento; esta falencia, en "mercados" con asimetrías de información, genera que el Estado, en el largo plazo, termine pagando el valor de rescate o liquidación de los "aseguradores" públicos.

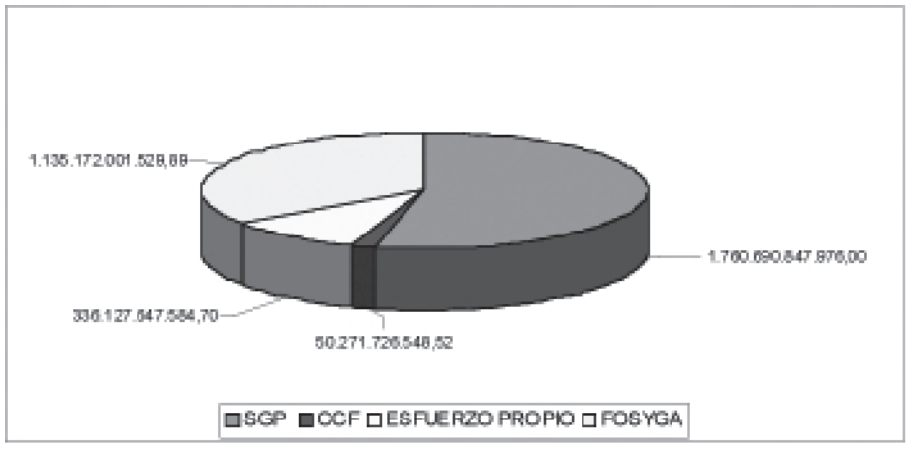
Lo anterior se ha traducido en una evidente falta de desarrollo del régimen, en cuanto a la incorporación de población independiente con capacidad de pago. Esto se encuentra determinado por diversos factores, tales como las estrategias comerciales de las EPS, las cuales acuden a barreras sutiles de acceso.

El segundo aspecto relevante para el análisis de este régimen, se refiere al desarrollo de infraestructura para la prestación de servicios, es decir, la construcción de instalaciones propias de las EPS. Este fenómeno ha significado un creciente proceso de integración vertical entre administradores y prestadores, generándose economías de escala y posiciones dominantes en el mercado, que resultan ampliamente benéficas para los propietarios de las mismas, pero que no se traducen en beneficios para la población. Esta integración ha sido facilitada por la inexistencia de regulaciones sobre la inversión de recursos provenientes de las UPC compensadas en la construcción de la Red. Adicionalmente, las EPS han empezado a migrar sus capitales, hacia la creación de Universidades, con lo cual se profundiza la problemática de la integración vertical, ahora combinada con la formación del talento humano del sector salud.

A lo anterior se suma que las EPS han buscado optimizar sus utilidades en detrimento de la calidad de la atención ofrecida, al racionar los servicios mediante la definición de techos máximos de formulación de medicamentos, limitando la remisión a niveles superiores de complejidad y la toma de ayudas diagnósticas, al igual que contratando a las IPS en condiciones de desventaja y retrasándoles los pagos. Esto último repercute sobre las condiciones laborales y el ejercicio profesional del personal directamente involucrado en la prestación del servicio, quien ve constreñida su autonomía en el ejercicio profesional y por esa vía el sistema lo obliga a violar el juramento hipocrático.

Con respecto al comportamiento del régimen subsidiado, la composición de sus recursos que lo financian se discriminó en el año 2005, de la forma descrita en el siguiente gráfico, donde se puede observar la importancia que tienen para el sistema las transferencias que la Nación hace a los municipios por medio del Sistema General de Participaciones, a pesar de la reducción que sufrieron las mismas, debido a la promulgación de la Ley 715 de 2001, la cual modificó, lo establecido en la Ley 60 de 1993, ligando el crecimiento de los mismos a la inflación registrada por el DANE. Es de anotar, que en la actual legislatura (octubre de 2006), nuevamente el Gobierno Nacional y las mayorías uribistas en el parlamento, adelantan una iniciativa para recortar aún más las transferencias territoriales para inversión social. Según la propuesta gubernamental el sector salud, perdería 14.5 billones de pesos entre 2009 y 2017, recursos que serían necesarios para buscar coberturas universales, equidad, mejoramiento de la red pública hospitalaria y ciencia y tecnología para el sector salud indispensables para el mejoramiento de la calidad.

RECURSOS DE FINANCIACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO



Fuente: Informe CNSSS. 2006.

Respecto al flujo de estos recursos desde el nivel central hacia los prestadores, es importante señalar que este se ve afectado, dado que los rubros deben ser girados en un primer paso, desde el nivel central o departamental a los municipios, para luego ser pagados los contratos de administración a las ARS, quienes a su vez deben pagar a los prestadores, previa presentación de las cuentas. Este proceso, en el mejor de los casos, implica un período de

60 días, cuyo costo financiero recae sobre el prestador, quien replica estas tardanzas sobre el personal que labora en ellas; así, se puede concluir que el Asegurador se apalanca financieramente sobre el prestador, resultando negativo para la calidad de la atención en el sistema, al convertirse el usuario en la víctima final del círculo vicioso descrito, al cual Michael Porter, ha denominado competencia de suma cero, en la cual no se genera valor para ninguno de los actores involucrados, ya que se olvida la razón de ser del sistema, la cual es la recuperación y la conservación de la salud de los afiliados.

Esta dinámica perversa no encuentra justificación, dado que las finanzas sustentadas por el Régimen son sanas, lo que se evidencia por los excedentes que producen años tras años las diferentes subcuentas del Fosyga, no obstante, estos excedentes no han sido reinvertidos en el fortalecimiento del sistema, sino que por el contrario, su destinación ha sido la colocación principalmente en títulos y bonos que financian al estado central y en el peor de los casos a particulares.

Estos 13 años de operación de la Ley 100 de 1993, ponen al desnudo las deficiencias del sistema, que reclama definir a profundidad una política de seguridad social en salud y avanzar en una rigurosa planificación del sector que es una falencia mayúscula.

Del balance de la Ley 100, queda claro que no se logró la universalidad del sistema, tampoco la equidad, pero indiscutiblemente la calidad salió muy mal librada y la estructura del sistema privilegió la salud como un negocio, donde el afán de lucro, a los únicos que les sirvió fue a los negociantes que se tomaron la salud, a costa de los usuarios, los profesionales y los trabajadores del sector.

Soluciones propuestas

Esta ponencia recoge fundamentalmente las iniciativas propuestas en el Proyecto de ley número 122 de 2006 Senado y del Proyecto de ley número 130 de 2006 Cámara, del cual hemos acogido la atención primaria integral en salud y dentro de ella el programa de salud familiar y comunitaria, que cambia el modelo de prestación de servicios actual en el cual el ciudadano busca la salud para que sea la salud la busque al ciudadano, permitiendo diseñar políticas públicas en materia de saneamiento alimentación vivienda, control de vectores, en general diseñando un sistema de transversalidad que permita integrar todos los factores que inciden en el bienestar y consecuencialmente en la salud de las personas.

De las otras iniciativas, hemos retomado propuestas como lo pertinente a la administración por resultados, los indicadores de gestión y resultados, las funciones del Invima entre otros puntos.

Hay varias iniciativas preocupadas por regular la integración vertical de las EPS y la presencia de un fenómeno que se denomina posición dominante, lo cual ha provocado un manejo especulativo, que produce fabulosos negocios y ganancias para sus negociantes, que se apropian ilegítimamente de recursos públicos destinados a la salud.

Hasta el propio Ministerio de la Protección Social acepta que es nece sario "regular y controlar la integración vertical para prevenir y controlar el abuso de la posición dominante", solicitando facultades para que el Presidente reglamente este asunto; pero parten de aceptar y de tolerar tanto la integración vertical, como obviamente son permisivos con la posición dominante, que favorece básicamente a los más fuertes, llámense monopolios y transnacionales de la salud.

Muy ligado al punto anterior, la sociedad colombiana reclama cambios de fondo en el sistema, que eviten los hechos de corrupción, politiquería y clientelismo, que han contaminado la gestión de la salud, arrebatando recursos de inversión para los sectores más pobres y que han cuestionado la transparencia del sistema.

Iniciativas como el Proyecto de ley número 026 de 2006, proponen que ante la quiebra e insolvencia de algunas ARS o EPS, estas crisis las debe asumir el Estado con recursos públicos, con lo cual no estamos de acuerdo.

Hay acuerdos en mejorar la oportunidad en el flujo de recursos para las IPS, que en los eventos de accidentes y catástrofes las IPS atiendan estos casos, se les pague y el sistema ágilmente reconozca estos costos, en todo caso se coincide en evitar la mora por glosas y la larga rotación de la cartera. Igualmente hay acuerdo en fortalecer la capacidad de administración, gestión y operación de los entes territoriales.

La iniciativa que presentamos, plantea que, el Sistema de Seguridad Social en Salud, comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las normas, las instituciones, los bienes y recursos, destinados a garantizar la protección de la salud y el acceso a la prestación de los servicios brindando una atención bajo el emblema que la salud es un derecho fundamental y que en consecuencia debe ser prestado bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad, integralidad, unidad, calidad, participación, integración, irrenunciabilidad, accesibilidad, gratuidad y progresividad.

Esta iniciativa, tiene diferencias de concepción política de lo que debe ser el sistema de salud frente a los proyectos del gobierno y de los demás proponentes, porque busca cambios de fondo en la concepción y la estructura del sistema, de manera que los recursos que el Estado destine para la salud lleguen real, efectiva, eficaz, ética y oportunamente a las personas y a la sociedad con servicios de calidad y que no sean objeto de lucro.

Esta iniciativa, propone constituir y concebir la seguridad social, que incluye la atención de los riesgos profesionales como parte del Sistema Integral de Salud (Sisalud); en su dirección nacional y definición de políticas estaría la Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud (Crsisalud), que tendría análogamente a nivel territorial una Comisión Territorial de Regulación del Sistema Integral de Salud (Ctrsisalud) y la Comisión Indígena de Regulación del Sistema Integral de Salud (Cirsisalud).

Esta propuesta se caracteriza fundamentalmente por:

• Un logro supremo a obtener es la plena universalización y equidad del sistema de salud.

• Existirá un único plan de beneficios para todos los colombianos y colombianas, en condiciones de calidad y equidad.

• El sistema no puede ser objeto de lucro.

• No se permite la integración vertical, ni las posiciones dominantes.

• No hay preexistencias, ni períodos de carencia.

• No hay copagos, ni cuotas moderadoras.

• Se garantiza la libre elección de EAS e IPS.

• Se dispone que se expida un manual de control y estandarización de tarifas para: Redes, ESE, e IPS.

• Se establece un porcentaje fijo de administración para las EAS del régimen contributivo y solidario.

• Se dispone la regulación del salario mínimo profesional y ocupacional de los servidores del sector de la salud.

• Garantía de liquidez y pago anticipado para las redes integradas de servicios y sus ESE e IPS.

• Se estructura un sistema nacional y territorial de inspección, vigilancia y control, en cabeza de la superintendencia del ramo.

• Política estatal autónoma desde el Estado en ciencia y tecnología para la salud.

• Se dan los lineamientos para conformar el SIINS, que será soporte para definición de políticas, planeación, dirección y control del Sisalud.

• Política estatal en talento humano para el sector salud.

Este sistema definirá un Plan de Atención Integral en Salud (PAIS) como plan único de salud para todas las personas y también un Plan de Atención en Salud Pública Colectivo (PASP-C), que asumirá la atención de la salud pública a toda la sociedad colombiana.

El país, garantizará la atención integral en salud a toda la población e incluye los siguientes componentes e ítems de atención:

• Componente materno infantil.

• Componente en salud oral.

• Componente y política pública de medicamentos.

• Componente de cobertura familiar y comunitaria.

• Atención de población con discapacidad física o cognitiva.

• Atención en salud mental.

• Atención inicial de urgencias.

• Atención en salud de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional.

• Atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT.

• Atención de Enfermedades de Alto Costo, AEAC.

• Se incluye las prestaciones económicas propias de la seguridad social para quienes coticen al sistema.

Asimismo, el sistema organizará los siguientes niveles de atención:

• Primer Nivel: Atención ambulatoria y hospitalaria, consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia.

• Segundo Nivel: Prestación de servicios especializados.

• Tercer Nivel: Prestación de servicios supraespecializados.

• Cuarto Nivel: Prestación de servicios de máxima complejidad, con óptimo desarrollo en el campo investigativo, quirúrgico, de imágenes diag nósticas y de laboratorio clínico.

En materia de salud pública esta iniciativa propone que el Plan de Atención en Salud Pública Colectivo (PASP-C) incluya:

• Atención a prioridades epidemiológicas y factores de riesgo.

• Fomento de factores protectores.

• Fomento y promoción de la salud.

• Ambiente sano.

• Prevención de riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales.

• Prevención y control de enfermedades inmunoprevisibles y de interés en salud pública colectiva.

• Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

• Prevención de enfermedades crónicas y degenerativas.

• Prevención de enfermedades emergentes y reemergentes.

• Prevención de accidentes.

• Promoción de salud sexual y reproductiva.

• Planificación familiar.

• Prevención del embarazo en adolescentes.

• Promoción de la salud materno-infantil.

• Prevención de las ETS-VIH-SIDA.

• Prevención del cáncer de cuello uterino, seno, gástrico, próstata.

• Prevención integral de la diabetes Mellitus y de las patologías que se derivan de ella.

• Obesidad y enfermedades derivadas de malos hábitos alimenticios y desnutrición.

• Prevención y control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.

• Promoción de hábitos de vida saludable.

• Fomento y prevención de salud mental.

• Promoción y prevención en salud oral, visual y auditiva.

• Control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis: Fiebre amarilla, dengue, malaria, TBC, Lepra, Leischmaniasis, Cólera.

• Programa de control de factores de riesgo físicos, biológicos, químicos y de consumo.

• Programas de saneamiento básico, manejo y tratamiento de agua, de residuos sólidos y líquidos.

• Inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo presentes en el ambiente, que afectan la salud humana.

Lo anterior se implementará por medio de un modelo de salud familiar y comunitaria que se prestará con un equipo médico conformado por profesionales idóneos, el cual buscará a la persona y a su núcleo familiar en su vivienda buscando de esta manera explorar aspectos genéticos, condiciones de vida como alimentación, vivienda, condiciones higiénicas, etc., que permitan inducir la demanda de servicios al Plan de Atención Integral en Salud, PAIS.

La iniciativa señala las funciones dentro del sistema para:

• El INS – Instituto Nacional de Salud.

• El Invima – Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

• El Instituto de Cancerología.

• El ICBF.

• Las ESE Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, Agua de Dios y Contratación.

• Fondo Nacional de Estupefacientes (en materia de investigación y epidemiología del consumo).

El sistema en materia administrativa y financiera se organizará a partir del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que tendrá análogamente su expresión a nivel territorial con fondos similares de dicho carácter, cuya composición estará dividida en seis subcuentas así:

• De compensación para el régimen contributivo.

• De solidaridad para el régimen solidario.

• De salud pública colectiva.

• De eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

• De atención de enfermedades de alto costo.

• De riesgos profesionales y salud ocupacional.

La iniciativa del PDA propone que en la organización, administración y operación del sistema de salud se garantice que los recursos de inversión no sean objeto de lucro y apropiación mercantil, se separe la administración de la prestación de servicios y consecuencialmente se erradique de raíz la integración vertical y el abuso de la posición dominante, por lo anterior, se propone la siguiente alternativa.

Se conformarán unas Entidades Administradoras de Salud (EAS), como organizaciones sin ánimo de lucro, las cuales contratarán con las redes integradas de servicios, conformadas por las ESE e IPS para la prestación de servicios, respecto de los cuales realizará labores de administración, ins pección, control, evaluación y liquidación de dicha contratación. En todo caso en esta propuesta se liquidarán las inversiones efectivamente hechas y soportadas en la salud personal y colectiva y los recursos sobrantes retornarán al igual que sus rendimientos financieros al Fosyga.

Las ESE, son empresas del Estado y los prestadores públicos del servicio de salud deben necesariamente pertenecer a una de ellas. La ley regula su estructura, organización, dirección, política de méritos para el talento humano, el control de gestión, la evaluación y el control social de estas entidades.

Por razones de administración y organización se estructuran dos regímenes básicos:

El Régimen Contributivo: Para personas con capacidad de pago y la población económica y socialmente activa, quienes aportan cotizaciones de los trabajadores dependientes y se da por la responsabilidad patronal. Además incluye las siguientes cotizaciones:

• Cotización de contratistas independientes o por presunción de rentas.

• Cotización de trabajadores vinculados a la economía informal.

• Cotización de colombianos residentes en el exterior.

• Cotización de contratistas al sistema general de riesgos profesio nales.

• Cotización de los pensionados con criterio diferencial por ingresos.

El Régimen Solidario: Para personas sin capacidad de pago, que se incluirán con la activa participación de las comunidades quienes validarán con su control social la correspondiente afiliación.

El sistema financiero para la salud se nutrirá de las siguientes fuentes básicamente:

RECURSOS FISCALES:

• Recursos del monopolio de juegos a través de Etesa.

• Excedentes de la liquidación de los contratos de las subcuentas y de la atención de eventos.

• Recursos del SGP y otras transferencias de la Nación.

• Recursos del SGP destinados a acciones colectivas.

• Partida anual del presupuesto nacional equivalente a una doceava del monto total de las cotizaciones recaudadas en el régimen contributivo en el año anterior.

• Recursos de las empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos.

• Recursos del impuesto a compra de armas de fuego.

RECURSOS PARAFISCALES:

• Contribución obrero-patronal.

• Aportes de las Cajas de Compensación Familiar.

• Cotización de los ingresos de los trabajadores independientes.

• Cotización de empresarios para riesgos profesionales.

• Aportes de las cajas de compensación.

• Recursos del SOAT y Fonsat.

• Rendimientos financieros.

La iniciativa incluye la estructuración con tecnología de punta de un Sistema Integrado de Información en Salud (SIINS), que contribuya a controlar los graves problemas de evasión y elusión de los recursos del sistema a obtener una base de datos confiable y a mejorar la precaria vigilancia y control.

Se estructura un completo y riguroso Sistema de Inspección, Vigilancia y Control a nivel nacional y territorial, con instancias de interventoría y auditoría especializada en salud, administración por resultados con base en indicadores de gestión, control interno, control social y se concreta la figura del Defensor del Paciente.

Proposición:

Con base en las anteriores consideraciones, solicitamos a los miembros de la honorable Cámara de Representantes, **aprobar** el presente informe de ponencia y **dar 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 – 087 de 2006 Cámara, con base en el texto del articulado propuesto para segundo debate que se adjunta, el cual hace parte integral del informe de ponencia que se presenta a consideración.

De los honorables Representantes,

Atentamente,

María Isabel Urrutia O., Venus Albeiro Silva G.,

Representantes a la Cámara.

ARTICULADO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY

por la cual se deroga el Libro Segundo y se reforma el Libro Tercero de la Ley 100 de 1993 y algunos artículos referentes a salud contenidos en la Ley 715 de 2001 y se constituye el Sistema Integral de Salud.

El articulado propuesto es el siguiente:

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD, SISALUD

CAPITULO I

Objeto, principios, conceptos básicos y características del Sistema Integral de Salud, Sisalud

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley crea el Sistema Integral de Salud (Sisalud) y define las garantías en salud y riesgos profesionales para toda la población colombiana, la organización del sistema, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación de los servicios de salud y riesgos profesionales, el sistema integrado de información nacional en salud, la inspección, vigilancia y control y los criterios para definir políticas de talento humano del sector y el de ciencia y tecnología en salud.

Parágrafo. El Sisalud sustituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud y modifica el sistema general de riesgos profesionales definido por la Ley 100 de 1993.

Artículo 2°. *Objetivo*. El Sistema Integral de Salud, Sisalud, tiene por objetivo garantizar el derecho irrenunciable de la persona y la comunidad a la salud, a fin de alcanzar una calidad de vida acorde con la dignidad humana.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las normas, las instituciones, los bienes y recursos, destinados a garantizar la protección de la salud y el acceso a la prestación de los servicios, brindando una atención integral en salud a todos los habitantes del territorio nacional.

Artículo 3°. *Objetivos específicos.*

a) Estructurar un Sistema Integral de Salud y de atención en riesgos profesionales, liderado, organizado, regulado, vigilado, controlado y evaluado por el Estado, con una directa y activa participación de los usuarios, las organizaciones sociales y las comunidades, en el espíritu de la plena realización del Estado social de derecho;

b) Construir, definir, concertar y desarrollar una política de seguridad social en salud, debidamente estructurada, que se desarrolle de manera coordinada a nivel nacional y territorial;

c) Garantizar la Seguridad Social en Salud y en riesgos profesionales como una política pública fundamental para lograr la plena realización de los derechos a la salud de las personas y de las comunidades, en función de alcanzar la calidad de vida con base en la dignidad humana;

d) Lograr que los recursos para la salud de origen estatal, público, privado, solidarios, nacional y territorial, sean real, efectiva y eficazmente invertidos en la salud y la atención de los riesgos profesionales en las personas y la sociedad colombiana, de forma que salvo el pago razonable y austero de los costos de administración, se suprima el lucro en la ejecución de la política y actividades de la salud integral.

Artículo 4°. *Del derecho fundamental a la seguridad social en salud.* El Estado garantizará a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho fundamental e irrenunciable a la atención en salud.

La salud es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado, siendo prestado por entidades públicas, privadas o mixtas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Artículo 5°. *Principios*. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, en desarrollo del Estado Social de Derecho, la seguridad social en salud se prestará con sujeción a los siguientes principios:

a) **Universalidad**: Es la garantía del derecho a la protección para todas las personas en el territorio nacional, en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación sin ninguna discriminación;

b) **Equidad:** El sistema proveerá los mismos servicios de salud a todos los pobladores, independientemente de su capacidad de pago. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para garantizar su derecho fundamental a la salud en igualdad de condiciones;

c) **Solidaridad**: Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo la orientación que el más fuerte subsidie al más débil, en desarrollo de auténticos propósitos de equidad;

d) **Integralidad**: Es la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la Salud de los individuos y las comunidades, en equilibrio con su entorno, está se alcanzará de forma progresiva;

e) **Unidad:** Es la articulación de políticas, Instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los objetivos del sistema;

f) **Calidad:** El sistema garantizará óptimas condiciones en atención en salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida a todos los habitantes del territorio nacional, con atención oportuna, suficiente, eficaz, personalizada, humana, integral y continua;

g) **Participación**: Es la garantía del ejercicio del derecho de los habitantes del territorio nacional, para que de manera autónoma y organizada actúen en la planeación, dirección, organización, control, gestión y fiscalización de las Instituciones y del sistema en su conjunto;

h) **Integración:** Las instituciones públicas, privadas o mixtas se integrarán funcionalmente, para garantizar las redes de prestación de servicios y el acceso a la afiliación de la población en los aspectos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad;

i) **Irrenunciabilidad**: Es la garantía al derecho fundamental a la Salud, independientemente a que el ciudadano lo exija o no;

j) **Accesibilidad:** Entendido como la garantía Estatal, para que todos los habitantes del territorio nacional puedan hacer uso de los servicios de salud en todas sus fases, indistintamente de su ubicación geográfica, condición socioeconómica o cualquier otro aspecto que pueda determinar barreras para la atención en salud;

k) **Gratuidad:** Entendido como la inexistencia de restricciones económicas para el acceso, sin que ello signifique, que quien tenga capacidad de pago no aporte o no cotice;

l) **Progresividad:** No podrá restringirse o menoscabarse ninguno de los derechos reconocidos o vigentes, en virtud de nueva legislación interna o de convenciones, tratados o acuerdos internacionales.

Conceptos básicos

Artículo 6°. *Salud*. La salud es la capacidad física y mental de las personas que desarrollan sus proyectos de vida, en las mejores condiciones y relaciones posibles. Los bienes y servicios de atención en salud aportan a la salud de las personas, en la medida en que contribuyen a preservar y mejorar esa capacidad propiciando el ejercicio de su autonomía y el mejoramiento de su calidad de vida. La salud es un derecho humano fundamental, por su conexidad con el derecho a la vida y su garantía es deber del Estado y responsabilidad social.

La salud es en todo caso el bienestar integral de las personas, más allá de la simple ausencia de la enfermedad.

Artículo 7°. *Salud pública.* La salud pública es el conjunto de conocimientos, decisiones y acciones individuales y colectivas, expresadas en políticas públicas, tendientes a favorecer la salud de la población y a asumir el deber estatal y la responsabilidad pública por la salud en una sociedad concreta. La salud pública orienta el sistema integral de salud y el conjunto de la acción estatal y gubernamental para que la política económica y social y la acción intra e interinstitucional, contribuya a la resolución no violenta de los conflictos en la sociedad, a mejorar la calidad de vida y las oportunidades de bienestar de las personas y las comunidades.

Artículo 8°. *Promoción de la salud*. La promoción de la salud es una estrategia transversal del Sistema Integral en Salud (Sisalud) que pretende orientar la prestación de los servicios, las acciones sectoriales, intersectoriales y sociales, hacia el mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio de la autonomía de las personas para realizar sus proyectos de vida en las mejores condiciones y relaciones posibles. La promoción de la salud no se limita a la educación para promover estilos de vida saludables o evitar enfermedades e incluye la construcción de agendas de gobierno que se traducen en políticas públicas saludables.

Artículo 9°. *Intervención del Estado.* El Estado intervendrá en el Sistema Integral de Salud, conforme a las reglas de competencias de que trata esta ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 46, 47, 48, 49, 50, 334, 365 y 366 de la Constitución Política. Dicha intervención garantizará el cumplimiento de los principios del Sistema, la estructura pública y los procesos de operación del mismo, al igual que asignará de forma prioritaria, dentro del gasto público, los recursos necesarios para el desarrollo del Sistema Integral de Salud.

Parágrafo. Todas las competencias atribuidas por la presente ley al Gobierno Nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.

Artículo 10. *Integrantes del Sistema Integral de Salud.* El Sistema está integrado por:

a) Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:

1.El Ministerio de la Protección Social, MPS.

2. La Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud, Crsisalud.

3. Las Comisiones Territoriales de Regulación del Sistema Integral de Salud.

4. Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

5. La Superintendencia Nacional de Salud.

6. El Instituto Nacional de Salud, INS.

7. El Consejo Nacional de Talento Humano en Salud;

b) Los Organismos de Administración:

1. Las Entidades Administradoras de Salud, EAS.

2. Las Empresas Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP.

3. Las Empresas de Seguros Obligatorios de Accidentes de Tránsito, SOAT;

c) Las Redes Integradas de Servicios de Salud:

1. Empresas Sociales del Estado de carácter nacional.

2. Empresas Sociales del Estado de carácter territorial.

3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas;

d) Los organismos de Financiación:

1. El Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

2. Los Fondos Territoriales de Salud.

3. Empresa Territorial para la Salud, Etesa.

4. Loterías Territoriales y Nacionales;

e) Las demás entidades de salud que al entrar en vigencia la presente ley, estén adscritas al Ministerio de la Protección Social;

f) Los empleadores, los trabajadores, beneficiarios y los pensionados que cotizan al Régimen Contributivo o pertenezcan a los Regímenes Solidario o Especiales, así como las organizaciones que los agrupen;

g) Los trabajadores y profesionales de la salud, sus organizaciones, sindicatos y colegios profesionales;

h) Las entidades formadoras de talento humano en salud;

i) Las organizaciones sociales que participan en el control y gestión de los servicios de salud.

Parágrafo. La naturaleza, objetivos, funciones y operación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, se desarrollará mediante ley específica sobre el tema.

CAPITULO II

De la Dirección del Sistema

Artículo 11. *Dirección del Sistema.* El Sistema Integral de Salud está bajo la orientación y supervisión del Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social y su regulación mediante la Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud, como su máxima autoridad y las Direcciones Territoriales de Salud, atendiendo las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno, en cuanto al fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de conformidad con el plan de desarrollo económico y social, así como con *las políticas nacionales y* los planes territoriales formulados por las Direcciones Territoriales de Salud, *o en su defecto, por el Fondo Territorial de salud correspondiente.*

Artículo 12. *Ministerio de la Protección Social.* Son funciones del Ministerio de la Protección Social, además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, las siguientes:

a) Formular las políticas públicas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema Integral de Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental del Gobierno, la legislación expedida en la materia y las directrices y regulaciones expedidas por la Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud;

b) Dirigir la ejecución, seguimiento y evaluación de la política pública de seguridad social en salud en todo el territorio nacional y garantizar el desarrollo del Sistema Integral de Salud con base en sus principios;

c) Proferir las resoluciones contentivas de las normas científicas, que garantizan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo en salud, que son de obligatorio cumplimiento por todas las EAS, Redes Integradas de Servicios, IPS, direcciones seccionales, distritales y locales de salud, como integrantes del Sistema Integral de Salud;

d) Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las EAS, ESE, IPS, redes integradas de servicios y direcciones territoriales de salud, así como formular y aplicar los criterios de evaluación de calidad, correcta aplicación de los recursos y gestión administrativa de las mismas;

e) Elaborar los estudios y propuestas que requiera la Crsisalud en el ejercicio de sus funciones;

f) Ejercer a través del Instituto Nacional de Salud, INS, y las Direcciones Territoriales de Salud la adecuada dirección, supervisión, vigilancia y control de la salud pública;

g) Establecer la política, diseñar, desarrollar y mantener el Sistema Integrado de Información Nacional en Salud, SIINS, al que deberán concurrir con carácter obligatorio todos los integrantes del Sistema Integral de Salud;

h) Definir en coordinación con la Crsisalud y el Instituto Nacional de Salud las políticas y programas de Salud Pública Colectiva coordinando intra e intersectorial la ejecución de estas;

i) Presentar iniciativas sobre temas específicos del Sisalud a la aprobación de la Crsisalud;

j) Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de las normas en la implementación de las políticas, planes y programas del Sistema;

k) Articular los diferentes actores que intervienen en los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud de manera que permitan su desarrollo.

CAPITULO II

De la regulación y supervisión del Sistema

Artículo 13. *La Comisión de Regulación de Seguridad Social en Salud.* La Crsisalud será un organismo independiente del Ministerio de la Protección Social, cuya función es de dirección y regulación del Sistema, teniendo la siguiente composición y funcionamiento:

a) **Composición.** La Crsisalud se integra por dos sectores: El primero, compuesto por el Estado y el sector empresarial, como garantes y contribuyentes del Derecho a la Salud y el segundo, constituido por los usuarios, profesionales y trabajadores del Sistema Integral de Salud; con una composición total de quince (15) miembros, así:

Representantes de los Garantes y Contribuyentes

1. El Ministro de Protección Social o su delegado.

2. Un representante de los Municipios y Distritos que deberá ser un Secretario de Salud.

3. Un representante de los departamentos que deberá ser un Secretario de salud.

4. Un representante de los gremios empresariales.

5. Un representante de las EAS.

6. Un representante de las redes integradas de prestación de servicios.

Representantes de los Usuarios, Profesionales y Trabajadores

1. Un representante de la Confederación de Pensionados.

2. Un representante de los usuarios del Régimen Solidario.

3. Un representante de las organizaciones indígenas.

4. Un representante de las organizaciones de negritudes.

5. Un representante de las centrales sindicales que agrupen a la mayoría de los trabajadores.

6. Un representante de la Organización sindical que agrupe a la mayoría de los trabajadores de la Salud. Puede ser profesional o no profesional.

7. Un representante de las organizaciones de trabajadores del campo.

8. Un representante de las facultades de salud públicas.

9. Un representante de las defensorías del paciente;

b) **Invitados.** La Crsisalud tendrá libertad de invitar a las Asociaciones académicas, gremiales, sindicales y de cualquier otra índole, tanto de origen nacional como Internacional, de acuerdo con sus requerimientos para cada sesión, de los cuales serán invitados permanentes, los siguientes:

1. Un representante de la Academia Nacional de Medicina.

2. Un representante de la Federación Médica Colombiana.

3. Un representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

4. Un representante de la Asociación Nacional de Profesionales de la Salud;

c) **Selección y período de los Representantes**. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres (3) años y serán elegidos, libre, *directa* y autónomamente por las instituciones u organizaciones correspondientes, mediante procesos democráticos reglamentados por el Ministerio de la Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia e imparcialidad. Los representantes gubernamentales lo serán en razón del ejercicio de sus cargos, mientras posean la investidura legal;

d) **Secretaría Técnica**. La Crsisalud dispondrá de una Secretaría Técnica en cabeza del Viceministro de Salud y recibirá apoyo técnico de las Direcciones del Ministerio de la Protección Social, para obtener, preparar, clasificar, procesar, archivar la información y documentación así como realizar los estudios técnicos, entre otros: i). Evaluación de la situación de salud en el país e impacto del sistema y las políticas de salud, ii), Evaluación de Tecnología, iii) Evaluación Financiera. iv) Evaluación de los planes de beneficios, la UPC y los pagos compartidos, requeridos para la toma de decisiones, deliberaciones y funciones de la Crsisalud;

e) **Presupuesto de la Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud.** Para garantizar la operación y realización de sus funciones, a partir de la vigencia de la presente ley, la Crsisalud elaborará y aprobará un ejercicio presupuestal anual de ingresos y gastos ajustados a sus necesidades proyectadas al siguiente año, dentro de las que se incluirá el valor de los honorarios de los representantes no gubernamentales, el valor de los pasajes, hoteles y viáticos de los consejeros que residan fuera de la ciudad donde se lleve a cabo la respectiva reunión y demás soporte logístico. El presupuesto será financiado con cargo a las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía, siendo fijado mediante Acuerdo;

f) **Honorarios de los Miembros.** Los honorarios de los miembros no gubernamentales de la Crsisalud serán fijados por Acuerdo y se pagarán a cargo del Presupuesto de la misma. Dichos honorarios no excederán el equivalente al 50% del salario mínimo mensual legal vigente por sesión, con un tope mensual de (2) dos smmlv.

Parágrafo. La Presidencia de la Crsisalud, será elegida democráticamente por sus integrantes para un período de tres años. Queda expresamente prohibida la reelección del Presidente de la Crsisalud.

Artículo 14. *Funciones de la Crsisalud.* La Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud tendrá las siguientes funciones:

a) Actuará como la máxima instancia de regulación del Sistema Integral de Salud, para garantizar el cumplimiento de sus principios, objetivos, políticas y planes;

b) Actuar como consejo de administración del Fosyga y de los fondos territoriales de seguridad social en salud y supervisar su aplicación;

c) Definir el Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, conforme a los perfiles epidemiológicos, condiciones geográficas y poblacionales, grupos etarios, riesgos laborales, condiciones étnico-culturales, para la atención integral en Salud de los afiliados a los Regímenes Contributivo y Solidario;

d) Definir los contenidos del Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, para la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, y en las patologías de alto costo, cubiertas por la Subcuenta de Atención de Enfermedades de Alto Costo, AEAC;

e) Adoptar el valor de la Unidad de Pago por Capitación para el Régimen Contributivo y Solidario conforme a los perfiles y condiciones contemplados en el literal c), del presente artículo;

f) Definir o ajustar el porcentaje de la UPC Contributiva y Solidaria, de obligatoria inversión por parte de las EAS, en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, con base en la identificación de necesidades en salud, sociales y de calidad de vida;

g) Definir o ajustar el porcentaje de la UPC Contributiva y Solidaria, de obligatoria inversión por parte de las EAS, con destino a la Subcuenta de Atención de Enfermedades de Alto Costo, AEAC;

h) Adoptar el listado de medicamentos esenciales que harán parte del Plan de Atención Integral en Salud, PAIS;

i) Definir el régimen que deberán aplicar las EAS para el reconocimiento y pago de las incapacidades, originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad, a los afiliados, según las normas del Régimen Contributivo;

j) Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las EAS y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo;

k) Aprobar los manuales de tarifas, para el pago de la prestación de los servicios de salud, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por todos los actores del sistema;

l) Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema Integral de Salud;

m) Asignar y delegar funciones a las Comisiones Territoriales e Indígenas de Regulación del Sistema Integral de Salud;

n) Establecer cada año los criterios de distribución de los excedentes de las Subcuentas del Fosyga, teniendo para ello como criterios fundamentales los riesgos y perfiles epidemiológicos;

o) Autorizar estudios que sirvan de soporte técnico para sus decisiones;

p) Vigilar el funcionamiento del Sistema Integrado de Información en Salud;

q) Discutir, analizar, rechazar o aprobar los proyectos de Acuerdo presentados por iniciativa del Gobierno Nacional o de sus miembros;

r) Presentar al Gobierno Nacional proyectos para el desarrollo de la política de salud integral y reglamentación de la presente ley;

s) Aprobar el proyecto de presupuesto anual para su funcionamiento;

t) Aprobar el reglamento interno de honorarios y viáticos de la Crsisalud;

u) Adoptar su propio reglamento;

v) Las demás que le asignen la ley y los reglamentos.

Artículo 15. *Comisiones Indígenas de Regulación del Sistema Integral de Salud, Cirsisalud.* Los resguardos indígenas deberán constituir una Comisión Indígena de Regulación del Sistema Integral de Salud, con una composición que asegure la representación equitativa entre: Autoridades de gobierno indígena y autoridades territoriales; profesionales, IPS y EAS; líderes indígenas y organizaciones en salud. Sus funciones serán adecuar el Plan de Atención Integral de Salud, PAIS, de acuerdo con las costumbres y terapias indígenas garantizando la resolución de la enfermedad, decidir si la comunidad indígena hace afiliación colectiva o individual a una EAS, aprobar el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva para su comunidad, hacer seguimiento y control social a los resultados en salud y a la adecuada ejecución de los recursos que lo financian, obtenidos por los diferentes actores del Sisalud en sus territorios.

Parágrafo. Los miembros de estas Comisiones actuarán *ad hoc*.

Artículo 16. *Comisiones Territoriales de Regulación del Sistema Integral de Salud, Ctrsisalud.* Los Departamentos, Distritos y Municipios, deberán constituir una Comisión territorial de Regulación del Sistema Integral de Salud, con una composición y distribución similar a la Crsisalud, adaptada al respectivo orden Territorial. Sus funciones serán, adecuar el Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, de acuerdo con las costumbres y realidades sociales, aprobar el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva para su comunidad, hacer seguimiento y control social a los resultados en salud y a la adecuada ejecución de los recursos que lo financian, obtenidos por los diferentes actores del Sisalud en sus territorios.

Parágrafo. Los miembros de estas Comisiones actuarán *ad hoc*.

Artículo 17. *Del Instituto Nacional de Salud, INS.* Es una Empresa Industrial y Comercial del Estado para la investigación, vigilancia y control de la salud y producción de medicamentos, sueros y biológicos, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. El componente de producción y comercialización de medicamentos, sueros, reactivos y biológicos, se desarrollará como una actividad de carácter industrial y comercial del Estado.

Artículo 18. *De la Junta Directiva del INS.* La Junta Directiva del INS estará integrada por 8 miembros así: El Ministro de la Protección Social o el Director de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social quien lo presidirá, un representante de las Direcciones Departamentales de Salud, un representante de las Direcciones municipales de Salud pertenecientes a diferentes regiones del país, un representante de las Facultades o Departamentos de Salud Pública de las Universidades Públicas, un representante de la Academia Nacional de Medicina, un representante de las Sociedades Científicas u organización profesional con mayor presencia de profesionales dedicados a la salud pública, un representante de los profesionales que laboran para el INS y un representante de la Asociación Nacional de Profesiones de la Salud.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional queda facultado para que en un plazo de seis (6) meses expida la reglamentación, estructura del INS y su presupuesto.

Parágrafo 2°. La Junta Directiva del INS tendrá libertad de invitar a las Asociaciones académicas, gremiales, sindicales y de cualquier otra índole, tanto de origen nacional como internacional, de acuerdo con sus requerimientos para cada sesión.

Artículo 19. *Funciones del Instituto Nacional de Salud, INS.* Además de las funciones que a la fecha viene asumiendo el INS, tendrá las siguientes:

a) Constituirse en la máxima instancia técnica de la salud pública del país y ser órgano consultivo de carácter obligatorio para que el Ministerio de la Protección Social trace las políticas, programas y estrategias de salud pública, garantizando su operación y control de forma descentralizada;

b) Asesorar a las entidades territoriales en relación con el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, la atención primaria integral en salud y en materia de prevención, control de enfermedades y vigilancia en salud pública, ejecutadas por las entidades del Sistema y de los sectores relacionados con el mismo;

c) Vigilar y controlar la ejecución tanto del Plan de Atención en Salud Pública Colectiva como del Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, señalados por el Ministerio de la Protección Social, la Crsisalud y las Direcciones Territoriales de Salud, en cuanto a los resultados obtenidos sobre el perfil epidemiológico de las poblaciones;

d) Ejecutar la investigación básica y aplicada en epidemiología, economía de la salud y seguridad social, de acuerdo con los lineamientos sobre las prioridades identificadas por el Ministerio de la Protección Social;

e) Coordinar y vigilar la red nacional de laboratorios de salud pública departamentales y distritales;

f) Asumir el manejo del Laboratorio de Investigación y Tecnología de alimentos, actualmente a cargo del ICBF y consecuencialmente incorporarlo al patrimonio del INS;

g) Establecer estrategias para prevenir, detectar e intervenir los riesgos que conducen a lesiones y enfermedades de origen común, profesional, ambientales y psicosociales que afectan a las personas o a las comunidades;

h) Diseñar las políticas, los programas y proyectos, tendientes a la prevención, protección, detección e intervención de los riesgos que afectan al ambiente de origen físico, químico y de consumo;

i) Coordinar y orientar el Sistema de Vigilancia en salud pública y de control de enfermedades de obligatorio registro, el cual hará parte integral del SIINS;

j) Formular las políticas y normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva;

k) Desarrollar, ejecutar y apoyar proyectos o labores de control e investigación de problemas de salud pública en el país, en coordinación con las instituciones involucradas;

l) Producir medicamentos, reactivos y sueros de acuerdo con las necesidades del país;

m) Desarrollar y mantener estrategias que permitan el suministro y producción oportuna de los productos biológicos, necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de importancia para la salud pública;

n) Las demás que le sean asignadas por el Gobierno Nacional y que correspondan a la naturaleza del INS.

Artículo 20. *De las funciones y competencias de los departamentos y distritos en lo referente al Sistema Integral de Salud.* Además de las funciones y competencias asignadas en las Leyes 10 de 1990 y 715 de 2001 tendrán las siguientes funciones:

a) Asesorar técnicamente y supervisar a los municipios de su jurisdicción en cuanto al desarrollo del Sistema Integral de Salud;

b) Formular, adoptar y adaptar en su territorio las políticas, estrategias, programas y proyectos del Sistema Integral de Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental del Gobierno Territorial y la legislación expedida en la materia;

c) Preparar los estudios y propuestas que requieran las Comisiones de Regulación del Sistema Integral de Salud tanto Nacional, como Territoriales e Indígenas;

d) Adoptar, controlar y vigilar las políticas dadas por el Ministerio de la Protección Social y el INS en lo relativo al Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, prestando apoyo técnico a los municipios para la formulación y evaluación del Plan Local de Salud Pública Colectiva;

e) Organizar, administrar y desarrollar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, conforme a los lineamientos determinados en la presente ley y llevar el registro de habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud en su territorio;

f) Organizar y administrar el Registro Especial de Redes Integradas de Servicios evaluando su estado de integralidad, cobertura territorial desde la atención primaria integral y solvencia para la región en la que opera, de acuerdo con las orientaciones dadas en la presente ley y desarrollados por la Crsisalud;

g) Concurrir con el Gobierno Nacional en el cumplimiento de las normas sobre pasivo prestacional de los trabajadores de la salud en su respectiva jurisdicción;

h) Las demás que le sean asignadas por el reglamento y la Crsisalud.

Artículo 21. *De las funciones y competencias de los municipios en lo referente al Sistema Integral de Salud.* Sin perjuicio de las funciones y competencias asignadas en las Leyes 10 de 1990 y 715 de 2001 tendrán las siguientes funciones:

a) Garantizar, en el municipio, el desarrollo del Sistema Integral de Salud, teniendo en cuenta los principios constitucionales, además de los señalados en la presente ley;

b) Adoptar y adaptar las políticas, estrategias, programas y proyectos del Sistema Integral de Salud, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental del Gobierno Local, Departamental, Nacional y la legislación expedida en la materia;

c) Adoptar y adaptar el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva y de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, articulándolo al Plan Departamental, atendiendo las directrices del Gobierno Nacional y presentándolo para aprobación del Ctrsisalud;

d) Asociarse con el Departamento o Distrito para la integración de las Entidades Sociales del Estado, que serán la garantía pública integral de prestación y administración de los servicios de salud;

e) Llevar en forma actualizada el registro del Sistema Integrado de Información Nacional de Salud, SIINS, en cuanto a la población incluida en el Régimen Solidario;

f) Convocar a la población a incluir en el Régimen Solidario, para que elijan libremente su EAS, entre las autorizadas para operar en el municipio y difundir públicamente los resultados de este proceso;

g) Garantizar el pulcro manejo de los recursos de la salud, mediante el sistema de cuentas maestras, las cuales deben ser manejadas por tres responsables como mínimo, la liquidación legal de los contratos y el reconocimiento y pago con base en la facturación de lo legalmente causado;

h) Vigilar y controlar la ejecución de los contratos de administración del Régimen Solidario;

i) Vigilar y controlar la ejecución de las acciones de Salud Pública contenidas en el PASP-Colectivo, así como de Atención Primaria Integral en Salud, APIS;

j) Girar directamente a las Redes Integradas de Servicios, los dineros correspondientes a la prestación del Plan de Beneficios, según los contratos que hayan formalizado con las EAS y previa autorización de giro de estas, según los resultados de la auditoría médica y de cuentas, en consonancia con lo establecido en la presente ley;

k) Girar a las EAS, los dineros correspondientes al porcentaje de administración del Plan de Beneficios, con base en los contratos que hayan formalizado, de acuerdo con lo establecido en la presente ley;

l) Girar a la Red Integrada de Servicios Pública, los dineros correspondientes al PASP- Colectivo, según lo establecido en la presente ley;

m) Preparar los estudios y propuestas que requiera el departamento, para ser incorporados en el Plan Departamental de Salud o para ser presentadas a las Comisiones de Regulación Nacional, Territorial o Indígena del Sistema Integral de Salud;

n) Ejercer directamente o contratar la interventoría de los contratos de administración del Régimen Solidario, suscritos en conjunto entre las EAS y el municipio, en forma directa o a través de las Asociaciones de Municipios. El financiamiento de este proceso se dará con cargo a los recursos de rentas cedidas, en los términos establecidos en el artículo 60 de la Ley 715 de 2001 y del 0.25% de los recursos de las UPC, los cuales serán transferidos a los municipios o a las Asociaciones de Municipios en el caso en que la interventoría sea realizada por estas;

o) Apoyar las actuaciones de inspección, vigilancia y control, propias de la Dirección Territorial de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, aportando la información necesaria y requerida, en forma oportuna, contribuyendo así a la eficacia y eficiencia del Sistema;

p) Velar por el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y atender las quejas de los usuarios en cuanto a la calidad del servicio;

q) Velar porque haya una libre elección de IPS, redes integradas de servicios y EAS por parte de los usuarios de los diferente regímenes, sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública;

r) Las demás que le sean asignadas.

Artículo 22. *De la selección del Secretario o Director Departamental o Municipal de Salud.* La Autoridad Territorial Departamental, Distrital o Municipal, sin detrimento de su facultad nominadora, seleccionará y elegirá al Director Departamental, Distrital o Municipal de Salud, mediante concurso público de méritos, según los parámetros definidos en la ley de carrera administrativa y los requisitos que determine la Crsisalud.

CAPITULO III

De los afiliados al Sistema

Artículo 23. *Tipos de afiliados.* Todo habitante del territorio nacional sin distinción alguna, tendrá derecho a la salud, ya sea mediante afiliación al Régimen Contributivo, regímenes de excepción o como afiliados al Régimen Solidario.

Parágrafo. No obstante, se mantendrá un régimen transitorio de salud, con mecanismos para que los habitantes del territorio nacional, que aún no se hayan afiliado a ningún régimen, accedan a los servicios de urgencia, vía oferta pública, con cargo a los recursos manejados en los Fondos Territoriales de Salud. Una vez realizada su atención, deberán ser afiliados a alguno de los regímenes establecidos, según su condición socioeconómica.

Artículo 24. *Garantías a los pobladores o ciudadanos*. Se garantiza a los habitantes del territorio nacional, el derecho fundamental a la salud, la organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

a) Cumplimiento de los principios que rigen el Sistema Integral de Salud;

b) Prestación Integral, en condiciones de calidad y oportunidad, de los servicios contenidos en los Planes de Beneficios en Salud;

c) Libre escogencia y traslado entre EAS, al igual que entre IPS, profesionales de salud y Redes Integradas de Servicios;

d) La participación autónoma de los afiliados, en todas las instancias de Dirección, asociación, representación y veeduría de las entidades Rectoras, Administradoras y Prestadoras;

e) El Ministerio de la Protección Social, definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, que servirán como estándares de evaluación de la gestión;

f) Las EAS y las Redes Integradas de Servicios, deberán proveer de manera obligatoria, la información que exija tanto el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, como las Direcciones Territoriales de Salud, permitiendo de esta forma la evaluación periódica de la calidad del servicio prestado por ellas, la situación de salud de sus poblaciones cubiertas y la satisfacción de sus usuarios.

Artículo 25. *Deberes de los afiliados y beneficiarios*. Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema Integral de Salud los siguientes:

a) Defender los principios que rigen el Sistema Integral de Salud;

b) Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad;

c) Afiliarse con su familia al Sistema Integral de Salud, en el régimen que le corresponda según su capacidad económica;

d) Cancelar las cotizaciones y los pagos obligatorios a que haya lugar, determinados en la presente ley;

e) Suministrar información veraz, clara y oportuna, sobre su estado de salud y el ingreso base de cotización;

f) Velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores frente al Sistema;

g) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud;

h) Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales;

i) Procurar una relación digna, profesional y humana con el personal que lo atiende así como con los demás usuarios.

Artículo 26. *Organización de usuarios.* Los usuarios, de manera autónoma y sin injerencia del Estado, se organizarán en asociaciones, de carácter local, regional, departamental o nacional, con el fin de integrar a la comunidad y fortalecer la protección de los derechos.

Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia las comunidades, ramas de actividad social y económica, etnias, y organizaciones sociales, en todo caso una persona solo puede pertenecer a una asociación de usuarios de la salud.

Dentro de su ejercicio de control social, reportarán directamente y de forma obligatoria, a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Red de Controladores y al Defensor del Usuario de la EAS que corresponda, cualquier violación al derecho a la salud o cualquier acto de negligencia administrativa o de corrupción que sospechen o detecten.

Parágrafo. Para el financiamiento y el fortalecimiento de las organizaciones de usuarios, la Superintendencia Nacional de Salud, destinará el 25 por ciento de los recursos que recibirá para su financiamiento, provenientes de las UPC, tanto del Régimen Contributivo, como del Solidario.

Artículo 27. *Beneficios para desplazados y desmovilizados*. Los colombianos desplazados o desmovilizados, tendrán prioridad para afiliarse al Régimen Solidario en Salud definido en la presente ley, siempre y cuando no se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o tengan capacidad de pago para pertenecer a este.

TITULO II

INTEGRALIDAD EN SALUD

CAPITULO I

Plan de Atención Integral en Salud, PAIS

Artículo 28. *Integralidad del Sistema Integral de Salud.* A fin de garantizar los principios de integralidad y calidad en la atención en Salud, el Sistema garantiza servicios y acciones colectivas contenidas en un Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, PASP-Colectivo y servicios asistenciales al individuo definidos en un plan de beneficios denominado Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, con unos responsables específicos, entre los cuales deberá adelantarse, obligatoriamente, procesos técnicos y administrativos de interrelación, que garanticen la integralidad en la atención en salud, para todos los habitantes del territorio colombiano.

Artículo 29. *Lineamientos generales del País y modelo de atención*. El Sistema Integral de Salud, crea las condiciones de acceso a un Plan de Atención Integral de Salud, PAIS, para todos los habitantes del territorio nacional, tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Solidario, el cual operará con base en los siguientes lineamientos generales:

a) El Plan permitirá la protección integral de las familias frente a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, según intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan;

b) El contenido y el valor de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, del Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, tanto para el Régimen Contributivo como para el Régimen Solidario, así como su reajuste anual, será definido por la Crsisalud de acuerdo con referentes técnicos como, cambios en la estructura demográfica de la población, acceso a los servicios, el perfil epidemiológico nacional y regional, la tecnología apropiada y disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema;

c) El plan contendrá acciones y servicios en salud, distribuidos por niveles de complejidad;

d) La capacidad resolutiva se elevará, mediante el desarrollo de una estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, que se articulará de forma obligatoria, con la ejecución del PASP-colectivo, mediante procesos de demanda inducida que este realice a los servicios contenidos en el PAIS, a través del desarrollo de la estrategia de aplicación del modelo de salud familiar y comunitaria;

e) La Atención Primaria Integral en Salud, APIS, es el conjunto de acciones, bienes, servicios y estrategias que integran la educación en salud, la protección de la vida, la prevención de enfermedades, el tratamiento y manejo de estas y su rehabilitación, con enfoque familiar y comunitario en territorios específicos, hasta el límite de atenciones que establece esta ley. El inicio del proceso de atención será a través de la APIS y al mismo tiempo esta articula los servicios de salud a las acciones transectoriales y a la participación social efectiva para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones;

f) La Crsisalud definirá los contenidos y el porcentaje de la UPC Contributiva y Solidaria, de obligatoria inversión por parte de las EAS, en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, con base en la identificación de necesidades en salud, sociales y de calidad de vida. La APIS deberá, en todo caso, incluir el proceso de atención en salud del perfil de morbilidad y mortalidad de las poblaciones en los territorios de salud que se definan, según la Clasificación Internacional de Enfermedades;

g) Las EAS tanto en el Régimen Contributivo como en el Solidario, obligatoriamente deberán contratar Redes Integradas de Servicios, que garanticen el acceso a la APIS en el municipio, vereda, localidad o comuna de residencia del núcleo familiar afiliado, de tal manera que posibilite al usuario un acceso oportuno y efectivo a los servicios incluidos en el PAIS;

h) La APIS será prestada en el Régimen Solidario por las Redes Integradas Públicas de Servicios, excepto en aquellos lugares donde no haya presencia de la misma y en el Régimen Contributivo podrá ser brindada por Redes Integradas de Servicios Públicas, privadas o mixtas, siempre y cuando cumplan con los parámetros y exigencias establecidos en la presente ley;

i) El PAIS incluirá los medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, que serán garantizados por las EAS y suministrados por las Redes Integradas de Servicios. La Crsisalud definirá y revisará periódicamente el listado de los medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, con base en estudios técnicos sobre perfiles epidemiológicos de la población y avances científicos que lo soporten;

j) Con el fin de garantizar la continuidad y seguimiento al estado de salud de la población, cada familia afiliada a una EAS deberá contar con una ficha o historia familiar sistematizada de salud, la cual hará parte integral del SIINS, siendo la información contenida en ella de carácter confidencial y su consulta será responsabilidad de la EAS, a la que se halle afiliado el núcleo familiar;

k) Las EAS deberán establecer incentivos financieros al buen desempeño, de las Redes Integradas de Servicios e IPS de primer nivel, con base en los resultados sobre indicadores de salud de su población asignada;

l) Las EAS deberán definir un sistema de referencia y contrarreferencia, controlando que el acceso a los servicios de mayor complejidad se realice partiendo de un primer nivel de atención, excepto en los casos de urgencias;

m) La Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Distritales y municipales de Salud, verificarán la efectiva prestación del PAIS por cada EAS en el territorio nacional, atendiendo lo dispuesto por la Crsisalud y el Gobierno Nacional;

n) El INS apoyará a las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en la evaluación de los perfiles epidemiológicos de la población afiliada a cada EAS, de forma anual. Esta evaluación será componente fundamental del proceso de interventoría, habilitación y evaluación de la gestión de la EAS y su resultado será reportado a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual en caso de ser negativo, en dos reportes anuales consecutivos, procederá a cancelar la autorización dada mediante el proceso de habilitación, para que la EAS opere en cualquier Régimen;

o) La Crsisalud establecerá incentivos y castigos financieros, ligados al desempeño de las EAS, en función del mejoramiento y mantenimiento del estado de salud de su población afiliada en una región y el control del gasto efectivo en servicios de salud;

p) El PAIS contemplará la atención de enfermedades calificadas por la Crsisalud como de alto costo y esta Comisión de Regulación definirá anualmente el porcentaje de la UPC que el Fosyga asignará a la atención de dichas enfermedades; recursos que serán manejados en la subcuenta de enfermedades de alto costo.

Parágrafo. El valor de la UPC tanto del Régimen Contributivo como del Solidario, será revisado por la Crsisalud por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. El valor de la UPC no se podrá actualizar sin la realización de los estudios técnicos necesarios. En caso excepcional de fuerza mayor, debidamente motivado, en el que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, se ajustará en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del IPC del sector salud determinado por el DANE para el año inmediatamente anterior. Lo anterior sin perjuicio de las acciones disciplinarias y penales, a que haya lugar en contra de los miembros de la Crsisalud, por ser responsables del ordenamiento y ejecución del gasto de los dineros públicos manejados en el Fosyga.

Artículo 30. *Componente materno infantil.* El PAIS tendrá un componente materno infantil así:

a) Para las mujeres en estado de embarazo, cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia;

b) Para los menores de un año cubrirá la información y fomento de la salud, la vigilancia del crecimiento y desarrollo; la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos medicamentos y suplementos nutricionales; y la rehabilitación integral cuando hubiere lugar;

c) La EAS para garantizar el componente Materno Infantil en lo relativo a acciones colectivas, deberá obligatoriamente concurrir y coordinar acciones entre actores responsables del PAIS y del PASP-Colectivo. No obstante la responsabilidad de la atención integral de la materna y el niño recaerá en la Red Integrada de Servicios contratada por la EAS de la madre;

d) Las actividades, intervenciones y procedimientos del nivel de atención, en el campo de la obstetricia y ginecología, deberán ser realizadas por un especialista cuando exista la oferta o en su defecto garantizar esta atención mediante el apoyo de un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia;

e) Las instituciones pertenecientes al Sistema Integral de Salud, de los niveles II y III de complejidad, deberán contratar la atención en obstetricia de forma presencial y continua, de tal forma que garanticen el acceso oportuno a dicho servicio;

f) La Crsisalud definirá la operación del componente materno infantil, estableciendo de manera periódica las metas de salud materno infantil para cada territorio y cada EAS.

Parágrafo 1°. *Todo niño que nazca quedará automáticamente afiliado al Sistema Integral de Salud.* La afiliación automática incluye a los hijos de madres menores de edad, pertenecientes a un núcleo familiar afiliado a cualquiera de los regímenes. El Sistema Integral de Salud reconocerá a la EAS la UPC correspondiente, a partir de la fecha de nacimiento y una vez se reporte la novedad; para este caso si la madre o el padre del niño, es beneficiario, hija o hijo de un cotizante al Régimen Contributivo, la atención del parto y el primer año de vida del niño estarán a cargo de este régimen, pasando luego de finalizado este término, tanto la madre o el padre, así como el niño a ser beneficiarios del Régimen Solidario, siempre y cuando no tengan capacidad de pago para pertenecer al Régimen Contributivo.

Parágrafo 2°. El componente materno infantil para las madres y niños menores de un año, con mayores limitaciones económicas, será complementado en cada municipio con un subsidio en especie, consistente en alimentos o nutrientes, que permitan mejorar la dieta. Esta ayuda se podrá prestar con cargo a los recursos establecidos en el artículo 76 de la Ley 715 de 2001 o con recursos adicionales que disponga el nivel nacional o territorial.

Artículo 31. *Componente en salud oral.* El PAIS contendrá servicios y acciones orientados a promover la salud oral, prevenir, tratar y rehabilitar las enfermedades del sistema estomatognático. Este componente deberá ser prestado por las EAS a través de redes de salud oral, conformadas para dicho fin, a las cuales se les asignará la población afiliada por un período de tiempo, que garantice resolver la problemática del paciente en forma integral y continua.

Las Federaciones, Asociaciones, Sociedades científicas y el Colegio Profesional de Odontólogos, serán órganos consultivos de carácter obligatorio de la Crsisalud en la definición de este componente y al Ministerio de la Protección Social en la formulación de los protocolos de atención, además de ejercer su vigilancia y control.

Artículo 32. *Componente y política pública de medicamentos*. El PAIS incluirá un listado de medicamentos esenciales según su denominación común internacional, sin que ello limite el criterio profesional en la formulación, el cual no podrá ser inferior a los establecidos por la Organización Mundial de la Salud. La Crsisalud definirá y revisará periódicamente el contenido del manual de medicamentos.

Al entrar en vigencia la presente ley, todos los medicamentos genéricos que sean producidos en el país, harán parte del listado inicial de medicamentos del PAIS.

La Crsisalud, en conjunto con el Gobierno Nacional, definirá una política pública en materia de medicamentos, cuyo propósito, será optimizar su utilización, reducir las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema Integral de Salud y tendrá como mínimo los siguientes objetivos:

a) Asegurar el acceso a los medicamentos, con énfasis en aquellos de interés en Salud Pública, a todos los habitantes del territorio nacional, con criterios de oportunidad, suficiencia, continuidad, calidad y buenas prácticas de manufactura;

b) Aplicar estrategias orientadas a toda la población, que propicien la cultura del uso adecuado de los medicamentos;

c) Garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos en el territorio nacional;

d) Exigir al Invima, el adelantar estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad de los medicamentos genéricos producidos en el país;

e) Revisar el Manual de Medicamentos del PAIS, por lo menos una vez al año;

f) Garantizar la libertad de prescripción médica como un principio de ética esencial y, por tanto, causal de sanción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud a aquellas instituciones que la constriñan, limiten o coarten.

Parágrafo 1°. De comprobarse por la Superintendencia Nacional de Salud que estos medicamentos no son entregados por las Redes Integradas de Servicios, ni garantizados por las EAS, en forma accesible, completa y oportuna al usuario sin sobrepasar las 24 horas siguientes a su formulación, aplicará sanciones que serán hasta por el 2% del valor del contrato para las Entidades Administradoras del Régimen Solidario y del 2% de las UPC efectivamente compensadas en el último mes para el Régimen Contributivo. Este recaudo se destinará a compensar el gasto incurrido por el usuario y el excedente a la subcuenta de Compensación o de Solidaridad del Fosyga, según sea el caso. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa, el número de reincidencias si es superior a tres, se constituirá en motivo de cancelación de su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

Parágrafo 2°. El primer listado de medicamentos como mínimo contendrá lo establecido en el Acuerdo 228 de 2002, 254 de 2003 y 282 de 2004 del CNSSS y los que lo adicionen y lo modifiquen.

Artículo 33. *La cobertura familiar*. El Plan de Atención Integral de Salud tendrá cobertura familiar. En el Régimen Contributivo, serán beneficiarios del Sistema el cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años y sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, no pensionados, que dependan económicamente de este.

En el Régimen Solidario se adoptará como núcleo familiar el descrito anteriormente. Cuando en el mismo techo habiten en forma permanente otro tipo de parientes o no parientes, dependientes económicamente de la cabeza del núcleo, sin cumplir requisitos para pertenecer al Régimen Contributivo, podrán ser incluidos en el mismo núcleo familiar.

Artículo 34. *Preexistencias y períodos de carencia.* En el Sistema Integral de Salud, las EAS en ningún caso podrán aplicar preexistencias o períodos de carencia a sus afiliados.

Parágrafo. Cuando se encuentre que alguna EAS aplique preexistencias o períodos de carencia a algún afiliado, la Superintendencia Nacional de Salud impondrá sanciones que serán hasta por el 2% del valor del contrato para las Entidades Administradoras del Régimen Solidario y del 2% de las UPC efectivamente compensadas en el último mes para las del Régimen Contributivo. Este recaudo se destinará a cancelar al usuario los gastos en que haya incurrido y si una vez cancelados estos, existiesen excedentes, serán girados a la subcuenta de alto costo del Fosyga. Cada vez que la EAS infrinja el contenido del presente artículo, se duplicará el valor establecido de la multa. Si el número de reincidencias es de tres, será cancelada su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

Artículo 35. *Eliminación de copagos y cuotas moderadoras*. Tanto en el Régimen Contributivo como en el Solidario, quedan prohibidos el cobro de copagos y cuotas moderadoras.

Artículo 36. *Carné de salud integral*. Para el acceso a los servicios tanto en el Régimen Contributivo, como en el solidario, primarán los datos reportados en el Sistema Integrado de Información Nacional en Salud, SIINS, al cual podrán acceder todas las EAS y las Redes Integradas de Servicios para la verificación de los derechos de los usuarios, garantizando con ello la prestación de los servicios.

El carné solo será un instrumento de apoyo a la pertenencia del Sistema por parte de todos los habitantes del territorio nacional y en ningún caso su no porte será motivo de negación en la atención en salud. Las EAS en forma obligatoria garantizarán su entrega y en él estará registrado, como mínimo, el documento de identificación, el tipo de afiliación, la EAS responsable del Plan de Atención en Salud Integral, PAIS, y el municipio responsable del Plan de Atención en Salud Colectiva, PASP-Colectivo.

Ante el cambio periódico de residencia de una familia o de su cabeza de núcleo, esta deberá inscribirse en la Institución Prestadora de Servicios pública del nuevo municipio de residencia, a fin que se le garantice su PASP-colectivo y se revise la solvencia de la red para atención del PAIS.

El carné será gratuito y tendrá vigencia indefinida, debiendo actualizarse en las siguientes circunstancias: cambio de EAS a la cual está afiliado el núcleo familiar, cambio de régimen de afiliación y cambio de municipio de residencia.

Parágrafo Transitorio. Los carnés que porten los afiliados a las EPS y ARS actuales, continuarán certificando su calidad de afiliado al Sisalud, hasta tanto no se les entregue un nuevo carné por parte de la EAS.

Artículo 37. *Atención inicial de urgencias*. La atención inicial de urgencias debe ser brindada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todos los habitantes del territorio nacional, independientemente de su capacidad de pago y condición de afiliado o beneficiario. Su prestación no requiere contrato, ni orden previa. El reconocimiento de la urgencia a las Redes Integradas de Servicios, estará a cargo de la EAS responsable del afiliado y el pago por la Entidad territorial correspondiente o por la dirección Departamental de Salud, para el caso de la población transitoria.

En los casos de Atención de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, el costo de estos servicios será pagado por la subcuenta ECAT del Fosyga y las administradoras del SOAT, según corresponda. A partir de un monto a definir por la Crsisalud, el pago corresponderá a las subcuentas de solidaridad o compensación del Fosyga, dependiendo del régimen al cual se encuentre afiliado el usuario.

Parágrafo. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por la Crsisalud.

Artículo 38. *Atención de enfermedades de alto costo*. La Crsisalud, teniendo en cuenta criterios técnicos y científicos, definirá cuáles patologías y actividades de atención en salud, serán consideradas como de alto costo. La atención integral de estas, será responsabilidad de la EAS a la cual pertenezca el afiliado o beneficiario y el financiamiento a partir de su diagnóstico, estará a cargo de los recursos de la subcuenta de Atención de Enfermedades de Alto Costo, AEAC, del Fosyga.

La Crsisalud podrá establecer incentivos y sanciones a las EAS, en función del control y prevención de las enfermedades de alto costo, los cuales podrán expresarse en menores o mayores porcentajes de administración o exigencia de concurrencia de la EAS a la financiación de los casos evitables y no evitados.

Artículo 39. *Servicios de medio y alto costo.* La Crsisalud definirá los servicios incluidas en este tipo de garantías, con base en los siguientes criterios generales:

1. Servicios ambulatorios especializados que requieran alta tecnología.

2. Servicios de hospitalización mayor a tres días, de segundo a cuarto niveles tecnológicos, incluido el cuidado intensivo, según definición de la Crsisalud.

3. Servicios farmacológicos de medicamentos no esenciales y de medicamentos esenciales de alto costo y de uso permanente.

4. Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio y de imagenología, de tercero y cuarto niveles tecnológicos.

5. Servicios de rehabilitación de segundo a cuarto niveles tecnológicos o de intervención a largo plazo.

Parágrafo. Los servicios de medio y alto costo serán siempre complementarios a la APIS y en ningún caso, podrán constituir un sistema paralelo de servicios de salud.

Artículo 40. *Atención de población con discapacidad física o cognitiva.* La atención de este grupo de población tendrá los siguientes lineamientos:

a) El Gobierno Nacional establecerá un programa de registro de población con discapacidad Física o Cognitiva, que permita precisar en forma anual la situación epidemiológica y necesidades de atención en salud, en materia de discapacidad en el país;

b) Los niños, jóvenes y ancianos con discapacidad física o cognitiva, serán considerados grupos prioritarios para acceder a los beneficios establecidos y a los programas especiales de atención a población con discapacidad;

c) La atención de la discapacidad física o cognitiva, en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación integral estará incluida en el Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, y estará a cargo de la EAS;

d) Los programas de promoción y prevención en materia de discapacidad física o cognitiva, serán de obligatorio diseño y aplicación, tanto en el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, como en el PAIS y en los Programas de Salud Ocupacional; en estos programas deberán hacerse explícitos los compromisos frente al control de factores de riesgo, cambios en el perfil epidemiológico y metas en materia de discapacidad;

e) En el suministro de ayudas técnicas como muletas, sillas de ruedas, prótesis, órtesis y audífonos, concurrirán las EAS y el Estado. El Gobierno pondrá en operación un sistema de banco de ayudas técnicas para discapacitados y promoverá incentivos tributarios y no tributarios para la importación o fabricación de estos elementos de acuerdo a lo establecido en la Ley 361 de 1997;

f) La Crsisalud, con el apoyo de las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales de Terapias, revisará en forma periódica los tiempos de atención por parte del equipo profesional, teniendo en cuenta la particularidad de las patologías y los correspondientes procesos terapéuticos y de rehabilitación.

Artículo 41. *Atención en salud mental*. Para la atención en salud mental se tendrán en cuenta los siguientes lineamientos:

a) El Gobierno Nacional adelantará cada tercer año un estudio nacional sobre salud mental, que permita precisar en forma periódica la situación epidemiológica, la población en riesgo de desarrollar una enfermedad mental, situación de víctimas por estrés postraumático, maltrato físico y sexual y situación en materia de alcoholismo, drogadicción, depresión y ansiedad. El estudio deberá permitir orientar y ajustar los programas nacionales y el plan de beneficios para atención en salud mental;

b) Los programas de promoción y prevención en salud mental serán de obligatorio diseño y aplicación dentro del Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, el PAIS y los Programas de Salud Ocupacional; en estos programas deberán hacerse explícitos los compromisos frente al control de factores de riesgo, cambios en el perfil epidemiológico y metas en materia de salud mental;

c) La atención ambulatoria y hospitalaria de los pacientes mentales agudos y crónicos será responsabilidad de las EAS a través de su Red Integrada de servicios;

d) La Crsisalud, con las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales, revisará en forma periódica los tiempos de atención por parte del equipo profesional para el enfermo mental, teniendo en cuenta su entorno, la terapéutica particular de las patologías y su rehabilitación.

Artículo 42. *Atención en Eventos Catastróficos Y Accidentes de Tránsito, ECAT.* En los casos de urgencias generadas por accidentes de tránsito, acciones terroristas, catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por la Crsisalud, los afiliados al Sistema Integral de Salud, tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnizaciones por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial, con base en los siguientes lineamientos:

a) Todos los vehículos motorizados deberán adquirir, sin interrupciones de tiempo y por períodos anuales, un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT, el cual será expedido por empresas aseguradoras autorizadas;

b) En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones estará a cargo de las empresas administradoras del SOAT según los topes de amparos; los faltantes por cubrir en servicios médico-quirúrgicos estarán a cargo de las EAS, hasta un tope máximo, que se determinará de acuerdo a las tarifas y los procedimientos de cobro y pago de estos servicios, establecidos por la Crsisalud;

c) Los costos adicionales, a los montos máximos que están a cargo de las Administradoras del SOAT y de las EAS, originados por la prestación de los servicios médico-quirúrgicos, generados por la atención de Accidentes de Tránsito, serán atendidos con cargo a la subcuenta ECAT del Fosyga, de acuerdo con la reglamentación que establezca la Crsisalud;

d) Las direcciones territoriales de salud, por delegación del Fosyga, ejercerán en primera instancia la auditoría a cuentas por víctimas de accidentes de tránsito, por vehículos sin identificar, ocurridos en su jurisdicción;

e) En casos de acciones terroristas y catástrofes naturales, el Fosyga con cargo a la subcuenta ECAT, pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio en salud, a las tarifas que establezca la Crsisalud;

f) El Sistema Integral de Salud, a través de la Crsisalud, podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.

Parágrafo. En el valor de la póliza SOAT, se mantendrá la contribución vigente a la expedición de esta ley y las autoridades de tránsito vigilarán que el seguro SOAT haya sido tomado por el propietario del vehículo de manera ininterrumpida.

Artículo 43. *De la atención en salud de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional.* La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo estará bajo la responsabilidad de la red integrada de servicios contratada por la Entidad Administradora de Salud.

Artículo 44. *Planes complementarios.* Las Empresas de Medicina Prepagada, son las únicas entidades que podrán ofrecer planes complementarios y pólizas de Salud adicionales al Plan de Atención Integral de Salud, sin que estos afecten o determinen una disminución de la calidad estándar de los servicios contenidos en el PAIS o distorsionen la información sobre los mismos.

El tomador de algún tipo de plan complementario o póliza de Salud, deberá obligatoriamente estar afiliado al Régimen Contributivo y en ningún caso podrá ser afiliado del Régimen Solidario.

El valor de los planes será financiado en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias del Régimen Contributivo. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional. El Ministerio ajustará la reglamentación respectiva a estos planes complementarios en el término de seis (6) meses.

Cuando una Empresa que ofrece planes complementarios, incumpla con alguna de estas condiciones, será sancionada con la revocatoria de autorización para ofrecerlos.

CAPITULO II

De la Salud Pública

Artículo 45. *Definición*. La Salud Pública es el conjunto de políticas *públicas,* acciones y servicios, que buscan garantizar la salud de la población, mejorar las condiciones de vida y bienestar por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo, bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad.

Son medios de la salud pública la atención integral a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, mediante la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo biológico, del comportamiento, del consumo, del ambiente y fomento de factores protectores, vigilancia epidemiológica, así como las acciones en patologías de interés en salud pública.

El derecho de los habitantes del territorio nacional, a una adecuada salud pública se materializa en esta ley mediante un Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, PASP Colectivo, que servirá tanto de referente para la acción Estatal en cada territorio, como para la movilización de acciones intersectoriales, por parte de los demás actores involucrados dentro del Sistema Integral de Salud, orientadas al mejoramiento de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones.

Artículo 46. *Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, PASP Colectivo.* El plan es un conjunto óptimo de intervenciones básicas de atención de enfermedades de interés en salud pública, así, como para inducir la demanda al Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, y tendrá los siguientes lineamientos que serán objeto de reglamentación por el Gobierno Nacional:

a) El PASP-Colectivo, abordará factores determinantes y protectores en salud de una población en una región epidemiológica, de tal manera que contribuyan a mejorar el perfil epidemiológico de la población y la situación sanitaria de los municipios que integran o confluyen en estas regiones;

b) El Ministerio de la Protección Social, en coordinación con el INS y previo concepto del Crsisalud, reglamentará lo relativo a contenidos, operación y control del PASP-Colectivo y definirá las regiones epidemiológicas. No obstante las Direcciones Territoriales de Salud adecuarán este plan a su situación epidemiológica;

c) En los contenidos del PASP-Colectivo, serán programas de obligatoria inclusión y cumplimiento los siguientes: El Plan Ampliado de inmunizaciones PAI, prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, prevención de enfermedades emergentes y reemergentes, prevención de accidentes, promoción de salud sexual y reproductiva, planificación familiar incluido DIU, pomeroy y vasectomía, prevención del embarazo en adolescentes, promoción de la salud materno infantil; prevención de ETS y VIH-SIDA, prevención de los cáncer de: Cuello uterino, seno, gástrico y de próstata; prevención integral de la Diabetes Mellitus y de las patologías que se deriven de ella, obesidad y enfermedades derivadas de malos hábitos de alimentación y desnutrición, prevención y control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas; promoción de hábitos de vida saludable, fomento y prevención en salud mental, promoción y prevención en salud oral, salud visual y auditiva; control de enfermedades transmitidas por vectores, especialmente fiebre amarilla, dengue, malaria, TBC, lepra, leischmaniasis y cólera; programas de control de factores de riesgos físicos, biológicos, químicos y de consumo, los programas de saneamiento básico que incluye manejo y tratamiento del agua, residuos sólidos, líquidos y la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo presentes en el ambiente que afecten la salud humana;

d) El PASP-Colectivo será gratuito y obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional y su prestación estará a cargo de las Redes Públicas Integradas de Servicios locales con equipos que operen bajo el enfoque de salud familiar y comunitaria;

e) Cada municipio de manera anual deberá adoptar y adaptar un PASP colectivo, dentro de los lineamientos dados por el PASP-Colectivo Departamental. En la formulación, financiación y ejecución del PASP-Colectivo se deberá prever la concurrencia de los diferentes sectores e instituciones relacionadas con factores determinantes y protectores en salud pública;

f) El Ministerio dispondrá instrumentos y normas técnicas para el desarrollo del PASP-colectivo, estableciendo perfiles para el personal responsable de coordinar y ejecutar los programas y actividades que componen este plan, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de la Red Pública Integrada de Servicios;

g) El PASP-Colectivo se prestará a través de un modelo de salud familiar y comunitario, mediante la conformación de equipos de atención, los cuales como mínimo estarán integrados por: Un médico general, una auxiliar de enfermería, una auxiliar de higiene oral, un promotor de salud, un psicólogo

y un técnico en saneamiento ambiental. Cada equipo deberá atender como máximo 800 familias, cuya frecuencia de visita será reglamentada por el Gobierno en un plazo no superior a seis (6) meses, contados a partir de la expedición de la presente ley, con base en estudios técnicos, que para el caso realice;

h) La Crsisalud establecerá un valor del PASP-Colectivo definido en una unidad de pago por capitación, la cual podrá ser ajustada a cada región epidemiológica, con base en un factor numérico en función del perfil epidemiológico, el número y la dispersión geográfica de la población o su situación de riesgo epidemiológico. El monto de recursos, producto de multiplicar el valor de la UPC definida para cada región epidemiológica por el total de población del municipio, le será girada por el Fosyga, de manera directa, por bimestres anticipados, con cargo a la Subcuenta de Salud Pública y se sumará a los demás recursos provenientes de otras fuentes;

i) El Instituto Nacional de Salud, apoyará a los Departamentos, los Municipios y la Crtsisalud, en el ejercicio de vigilancia y evaluación de los resultados epidemiológicos del PASP-Colectivo y del PAIS;

j) El Departamento, el Municipio y las Crtsisalud, ejercerán la vigilancia de la adecuada y oportuna prestación del PASP-Colectivo y del PAIS;

k) El Gobierno definirá un programa de incentivos y sanciones ligados a indicadores, metas e impactos locales en perfiles epidemiológicos, sin detrimento de dar curso a procesos disciplinarios y fiscales cuando se comprobaren causales de ineficiencia o pérdida de los recursos por parte de los funcionarios responsables de estos programas.

Parágrafo Transitorio. El primer PASP-Colectivo deberá incorporar como mínimo las acciones y programas contenidos hasta la vigencia de esta Ley en el Plan de Atención Básico, PAB, y las que fueron excluidas de las ARS por el artículo 46 de la Ley 715 de 2001, reglamentado mediante el Acuerdo 229 de 2002 del CNSSS y extendiendo las exclusiones contenidas en este artículo al Régimen Contributivo.

Artículo 47. *Organización de la Salud Pública Colectiva.* La organización y operación de la salud pública colectiva se hará por niveles de la administración estatal, en consonancia con lo establecido en la Ley 9ª de 1979 y la Ley 715 de 2001, así:

a) El Instituto Nacional de Salud, INS, se constituye en la máxima instancia técnica de la salud pública y servirá de referente obligatorio para que el Ministerio de la Protección Social trace las políticas y programas de salud pública, su operación y control en forma descentralizada. El Ministerio responderá por la situación epidemiológica de todo el territorio nacional y quedará facultado para intervenir o retomar cualquiera de los programas y recursos ante el deterioro de indicadores o amenazas epidemiológicas;

b) El Departamento o Distrito aplicará las normas, adoptará y adecuará las políticas y programas nacionales dentro de su Plan Departamental o Distrital de Salud Pública, como producto del encuentro y complementación con los Planes Municipales y bajo aprobación de la Crtsisalud respectiva. La Dirección Departamental de Salud contará con una dependencia técnica, responsable de prestar asistencia a los municipios, ejercer la vigilancia epidemiológica y operar el Plan en su territorio;

c) Los municipios serán responsables de cumplir y ejecutar las normas en salud pública y adoptar y adaptar las políticas y programas nacionales y departamentales dentro de su Plan Municipal, previa aprobación de la Crtsisalud respectiva;

d) Las EAS que operen en el Régimen Contributivo y Subsidiado dentro de un Departamento, deberán de forma obligatoria, coordinar con las direcciones territoriales de salud la adaptación de las acciones orientadas a la promoción y prevención en salud dirigidas a sus afiliados, con base en el plan territorial de salud pública para alcanzar las metas sanitarias.

Artículo 48. *Del soporte técnico-científico del PASP Colectivo.* Adicionalmente al Instituto Nacional de Salud, los siguientes organismos adscritos al Ministerio de la Protección Social, deberán brindar como instancias técnico-científicas de referencia en salud pública, la información pertinente, para definir las prioridades y políticas del PASP-Colectivo y brindar la asesoría correspondiente a todos los niveles territoriales responsables de la ejecución del mismo:

a) El Invima en cuanto a labores de control de los medicamentos, alimentos, cosméticos, bebidas alcohólicas e insumos médicos, además de la vigilancia de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y del seguimiento epidemiológico en lo referente al control de los riesgos del consumo;

b) El Instituto Nacional de Cancerología, en lo que corresponde a investigaciones, básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre el cáncer y labores de control del cáncer en el país, así como coordinación y vigilancia de la Red Nacional de Cáncer;

c) El Instituto Colombiano de Bienestar familiar en los temas de seguridad alimentaria, las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas correspondientes, así como el suministro adecuado y oportuno en los diferentes programas alimentarios y su vigilancia;

d) Las ESE Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta, Agua de Dios y Contratación, en las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas sobre lepra, leishmaniasis, tuberculosis y otras patologías de importancia en salud pública y las labores de control de las mismas;

e) El Fondo Nacional de Estupefacientes en lo referente a las investigaciones básicas, aplicadas y epidemiológicas, sobre uso de medicamentos sujetos a control, así como la promoción de la salud, en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y la provisión de insumos y medicamentos de control.

Artículo 49. *Ordenamiento normativo de la salud pública colectiva.* En el curso de seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Salud, INS, revisará las normas técnicas de protección, establecidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas complementarias en lo referente a los factores de riesgo en salud, protectores del hábitat, procesos sociales, económicos, científicos o tecnológicos, para integrar y consolidar un Manual de Protección de la Salud Pública Colectiva.

TITULO III
DE LA OPERACION UNIVERSAL DEL SISTEMA

Artículo 50. *Universalización del Sistema Integral de Salud.* A fin de posibilitar que todos los habitantes del territorio nacional accedan al Sistema Integral de Salud, se operará mediante un Régimen Contributivo de salud con base en aportes de empleadores, trabajadores, pensionados y personas independientes con capacidad de pago, un Régimen Solidario de salud con base en subsidios del Estado, para la población que no se halle afiliada al Régimen Contributivo y Regímenes Especiales, para determinados grupos de población.

Parágrafo. Todo habitante del territorio nacional, deberá pertenecer a alguno de estos Regímenes, a más tardar un año después de la entrada en vigencia de la presente ley.

CAPITULO I
Del Régimen Contributivo de Salud

Artículo 51. *Definición*. El Régimen Contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema Integral de Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización individual, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este, su empleador y el Estado.

El Gobierno establecerá los sistemas de control que estime necesarios para evitar que las personas con capacidad de contribuir y aportar al Régimen Contributivo, se beneficien de los subsidios previstos en la presente ley para el Régimen Solidario y posibilitará que trabajadores contratistas, independientes y vinculados a estratos medios y sectores de población de la economía informal se afilien al Régimen Contributivo. El instrumento esencial de control será el Sistema Integrado de Información Nacional de Salud, SIINS.

Artículo 52. *Monto y distribución de las cotizaciones*. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema Integral de Salud, según las normas del presente régimen, será máximo del 12 % del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior a un (1) salario mínimo mensual vigente. Un (1) punto de la cotización será trasladado a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, para contribuir a la financiación de los beneficiarios del Régimen Solidario.

Parágrafo. La Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud, definirá la distribución del porcentaje de la cotización, entre el Plan de Atención Integral en Salud y el cubrimiento de las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad para trabajadores afiliados al Régimen Contributivo.

Artículo 53. *Cotización de trabajadores dependientes y responsabilidad patronal.* En el régimen Contributivo, la cotización por cada trabajador será máximo del 12% sobre su ingreso base, del cual dos terceras partes estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador.

Los empleadores obligatoriamente afiliarán a todas las personas que tengan vinculación laboral, sea esta, verbal, escrita, temporal o permanente, a alguna EAS, facilitando su libre elección por parte del trabajador.

El empleador deberá pagar oportunamente los aportes que le corresponden, descontando de los ingresos laborales el aporte correspondiente al trabajador. Estos recursos deberán girarse dentro de los primeros cinco días de cada mes, al Fosyga. Igualmente el empleador está obligado a informar las novedades laborales de sus trabajadores a la EAS, en materias tales como el nivel de ingresos y sus cambios, las vinculaciones y retiros de trabajadores. Así mismo deberá informar a los trabajadores sobre las garantías y las obligaciones que les asisten en el Sistema Integral de Salud.

Artículo 54. *Cotización de contratistas, independientes o por presunción de rentas*. A fin de garantizar que estas personas y sus familias queden obligatoriamente afiliadas al Régimen Contributivo se establece lo siguiente:

a) En los contratos en donde esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a un (1) mes, la parte contratante deberá en forma obligatoria realizar la afiliación y pago de aportes al Sistema Integral de Salud, Sisalud, que correspondan al contratista, previa libre escogencia por parte de este de la EAS a la cual desea estar afiliado. Para tal efecto el valor del contrato correspondiente se mensualizará por el término de tiempo contractual y sobre el equivalente al 40% de la mensualidad inferida se calculará la cotización correspondiente del 12%, la cual será pagada, en dos terceras partes por el contratante y una tercera parte por el contratista; el período de giro de esta cotización será mensual, independientemente a los períodos de pago pactados en el contrato. Se entiende que el 60% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada. En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente. El contratante que incumpla lo estipulado en el presente literal será sancionado pecuniariamente con un monto que corresponderá al 80% del valor del Contrato; los recursos que provengan de este tipo de sanciones se destinarán al fortalecimiento de la subcuenta de compensación del Fosyga;

b) Los trabajadores independientes agrupados en organizaciones legalmente constituidas, cotizarán con base en el 12% de un valor determinado mediante presunción de ingresos que para tal efecto aplique la EAS con base en los factores y normas que define la Crsisalud. El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. La Superintendencia Nacional de Salud establecerá cruce de información con la DIAN para establecer y actualizar la base de datos de este grupo de afiliados.

Parágrafo 1°. A partir de la vigencia de la presente ley, la EAS que opere en el Régimen Contributivo, que niegue o interponga barreras a la afiliación a un contratista o trabajador independiente, la Superintendencia Nacional de Salud le aplicará sanciones de multa que serán del 2% de las UPC efectivamente compensadas en el último mes. Este recaudo se destinará a la subcuenta de compensación del Fosyga. Cada vez que la EAS reincida, se duplicará el valor de la multa. Cuando el número de reincidencias sea superior a tres, se cancelará su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

Parágrafo 2°. El afiliado al que se le demuestre que incurrió en elusión de sus aportes obligatorios al Sisalud, será sancionado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con una multa de cinco veces el valor eludido. Este recaudo se destinará a la subcuenta de compensación del Fosyga. Cada vez que reincida se duplicará el valor de la multa.

Artículo 55. *Cotización de trabajadores vinculados a la economía informal.* A fin de facilitar que las personas vinculadas a la economía informal puedan afiliarse al Régimen Contributivo, la base de cotización se establecerá según presunción de ingresos que para tal efecto adelanten los respectivos entes territoriales con base a los factores y normas que defina la Crsisalud, en todo caso la base mínima de cotización se realizará sobre, un (1) salario mínimo mensual legal vigente, smmlv. La Superintendencia Nacional de Salud realizará cruce de información con la DIAN para establecer y actualizar la base de datos de este grupo de afiliados.

Parágrafo 1°. Sobre la base de cotización determinada y aprobada el afiliado cotizará el 12%.

Parágrafo 2°. A partir de la vigencia de la presente ley, la EAS que opere en el Régimen Contributivo, que niegue o interponga barreras a la afiliación de la población que trata el presente artículo, será sancionada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con multa correspondiente al 2% de las UPC efectivamente compensadas por esta en el último mes. Este recaudo se destinará a la subcuenta de compensación del Fosyga. Cada vez que la EAS reincida, se duplicará el valor de la multa. Cuando el número de reincidencias sea superior a tres, se cancelará su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

Parágrafo 2°. El afiliado al que se le demuestre que incurrió en elusión de sus aportes obligatorios al Sisalud, será sancionado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con una multa de cinco veces el valor eludido. Este recaudo se destinará a la subcuenta de compensación del Fosyga. Cada vez que reincida, se duplicará el valor de la multa.

Artículo 56. *Cotización de colombianos residentes en el exterior*. La población Colombiana, que se encuentre residiendo y trabajando en el exterior, podrá pagar de manera directa desde el país en que se hallen domiciliados o residenciados, la cotización de afiliación al Régimen Contributivo de su núcleo familiar que se encuentre residiendo en el territorio nacional, teniendo en cuenta para tal efecto los factores y normas que defina la Crsisalud. El pago se adelantará mediante remesa dirigida al Fosyga, la cual estará exenta de cualquier tipo de gravamen adicional, salvo los costos de la prestación del servicio autorizado vigente.

Artículo 57. *Cotización de contratistas al Sistema General de Riesgos Profesionales.* A fin de garantizar que estas personas queden obligatoriamente afiliadas al Sistema General de Riesgos Profesionales, se establece que el contratante responderá por el monto de cotización por Riesgos Profesionales y Enfermedad Profesional a que haya lugar y pagará dicho aporte al Fosyga, en conjunto con el aporte en salud.

Artículo 58. *Cotización para Pensionados*. A fin de propiciar la equidad y favorecer la capacidad adquisitiva del pensionado, sus cotizaciones a salud quedarán así:

a) Para mesadas hasta de tres (3) salarios mínimos mensuales legales vigentes smmlv, la totalidad de la cotización será asumida con cargo al Fondo de Solidaridad Pensional;

b) Para mesadas entre 4 y 6 salarios mínimos mensuales legales vigentes smmlv, esta proporción será de 6% sobre lo devengado a cargo del pensionado y el restante 6% a cargo del Fondo de Solidaridad Pensional;

c) Para las mesadas superiores a seis (6) smmlv, el monto total de la cotización estará a cargo del pensionado.

Artículo 59. *Sanciones*. Ningún empleador, contratante o contratista del sector público o privado, o personas en capacidad de contribuir, estará exenta de pagar su respectivo aporte al Sistema Integral de Salud. Serán sancionadas las siguientes conductas además de las que reglamente el Gobierno Nacional:

a) El no pago de la cotización en el Régimen Contributivo, generará un interés moratorio a cargo del empleador o afiliado independiente, igual al que rige para el impuesto sobre la renta. De mantenerse el incumplimiento la EAS podrá tramitar cobro coactivo y reportar los datos de las personas naturales o jurídicas implicadas, ante la Superintendencia Nacional de Salud, Supersociedades, centrales de riesgo crediticio o Procuraduría, según la naturaleza de la entidad;

b) El incumplimiento del pago de la cotización por parte del empleador o contratante, no implicará la suspensión de la afiliación ni el derecho a la atención del Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, para el empleado, contratista y sus núcleos familiares, siendo responsabilidad de la EAS el adelantar los procesos de cobro de los montos adeudados.

Artículo 60. *Administración del Régimen Contributivo.* Las Entidades Administradoras de Salud, EAS, recibirán de la subcuenta de compensación del Fosyga, el valor del porcentaje de administración fijado en un 8%, correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación, UPC, de sus afiliados efectivamente compensados. Los recursos de los contratos por prestación de servicios serán girados directamente, sin situación de fondos en las EAS, del Fosyga a las Redes Integradas de Servicios.

Artículo 61. *Traslado de EAS*. A partir de la vigencia de la presente ley, el núcleo familiar, que desee trasladarse de EAS, lo podrá realizar libremente en cualquier momento, sin ningún tipo de restricción.

Artículo 62. *Incapacidades*. Para los afiliados aportantes de que tratan los artículos 53, 54 y 55, el Régimen Contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes con cargo a los recursos de la Subcuenta de Compensación del Fosyga. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Empresas Administradoras de Riesgos Profesionales ARP con cargo a los recursos administrados por este régimen. El Gobierno adecuará la reglamentación para tal efecto.

Artículo 63. *Licencias por maternidad.* Para las mujeres trabajadoras cotizantes de que tratan los artículos 53, 54 y 55, que hayan cotizado al Régimen Contributivo previo al parto, el Sistema les reconocerá la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por la subcuenta de compensación del Fosyga.

CAPITULO II

Del Régimen Solidario

Artículo 64. *Definición*. El Régimen Solidario es un conjunto de normas y procedimientos que posibilitan, que los habitantes del territorio nacional de escasos recursos económicos, accedan al Sistema Integral de Salud; esta vinculación se hará a través del pago de una cotización subsidiada por parte del estado, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente ley.

Artículo 65. *Beneficiarios del Régimen Solidario*. Será afiliada al Régimen Solidario toda la población, habitante del territorio nacional, sin capacidad de pago y que no se encuentre en las bases de datos de afiliados del Régimen Contributivo, registrados en el SIINS.

El Gobierno Nacional, previa recomendación de la Crsisalud, definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para conformar la base de datos de las familias beneficiarias y su afiliación progresiva al Régimen Solidario.

Parágrafo 1°. El Sistema de selección de beneficiarios para programas sociales –Sisbén– no será tenido en cuenta como instrumento de focalización para la asignación de subsidios del Régimen Solidario en Salud.

Parágrafo Transitorio. La población inicial afiliada al Régimen Solidario será la que actualmente se encuentre focalizada en los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén, además de las poblaciones especiales identificadas mediante listados censales; esta base será depurada por las Entidades territoriales en un plazo máximo de seis (6) meses, previa exclusión de los actuales afiliados y beneficiarios pertenecientes al Régimen Contributivo.

Artículo 66. *Comité Social de Verificación del Régimen Solidario.* Las Alcaldías Municipales y Distritales conformarán con carácter obligatorio, un Comité Integrado por el secretario o Director Local de Salud, quien lo presidirá, una trabajadora social o Psicólogo Social perteneciente a la Alcaldía, un delegado de la personería local o quien ejerza sus funciones en el municipio, un delegado de la IPS pública de primer nivel, un delegado de los Comités de participación comunitaria municipal y un delegado de las Asociaciones de Usuarios del Régimen Solidario del municipio; el Comité tendrá por objeto evaluar los casos de afiliados que perteneciendo al Régimen Solidario, tengan capacidad de pago para pertenecer al Régimen Contributivo, determinando su exclusión del primero; de igual forma definirá el ingreso al Régimen Solidario de personas que hayan perdido su condición de afiliados o beneficiarios del Régimen Contributivo. La periodicidad de reunión de este comité será mensual y sus decisiones serán ejecutadas de inmediato mediante el cargue en línea de esta información al SIINS. En los Distritos y ciudades de más de 50.000 habitantes, estos comités podrán descentralizarse en las localidades o comunas, según corresponda. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la operación de los comités sociales de verificación del Régimen Solidario y establecerá mecanismos de publicidad como audiencias públicas de manera que se pueda ejercer un control ciudadano.

Artículo 67. *Reglas Básicas para la Administración de los subsidios y relación EAS-Entes Territoriales.* La operación del Régimen Solidario atenderá los siguientes lineamientos, que serán objeto de reglamentación por parte del Gobierno Nacional:

a) **Regionalización de Operación:** El Gobierno Nacional organizará regiones siguiendo criterios administrativos, financieros, de oferta de servicios de salud y límites departamentales y municipales. El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones que cumplan con estos objetivos, previo concepto de la Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud;

b) **Selección de las EAS que operarán por Región**: La selección de las EAS que operarán en cada Región o municipio, se hará con base en el resultado del proceso de habilitación, para lo cual, cada dos años, el Ministerio de la Protección Social convocará y seleccionará a aquellas que hayan obtenido el máximo puntaje dentro de este proceso, para que operen, según sus capacidades técnicas, administrativas y resolutivas de acuerdo a las características de la región en donde sean oferentes;

c) **Límite de EAS por Municipio o Región**: En los municipios o regiones con población de más de un millón de habitantes, operarán máximo cuatro EAS; en los municipios o regiones cuya población sea inferior a un millón de habitantes operarán máximo dos EAS; en los municipios, regiones o territorios indígenas, con una población de menos de cien mil habitantes, solo operará una EAS, la cual será pública o de carácter indígena;

d) **De los Resguardos Indígenas:** En las regiones en las que existan resguardos indígenas una de las EAS, podrá ser de propiedad de las comunidades indígenas y administrará la prestación de los servicios de salud dentro del Resguardo;

e) **Convocatoria a Afiliación:** El Gobierno Local convocará en forma masiva a todas las personas que no estén afiliadas al Régimen Contributivo para inscribirlos como beneficiarios del Régimen Solidario en salud. Esta se efectuará en sitio público, en fecha determinada;

f) **Afiliación:** Las EAS autorizadas para operar procederán a afiliar, los núcleos familiares beneficiarios, mediante la firma de formularios de afiliación por cada uno de ellos;

g) **Contratación con la EAS**: Las EAS suscribirán un contrato de administración de subsidios con el Municipio, por un término de dos (2) años, cuyo valor corresponderá a la sumatoria de las UPC individuales, de los afiliados que hayan diligenciado el respectivo formulario con la EAS, con el objeto que les sea prestado el Plan de Atención Integral de Salud, PAIS;

h) **Mecanismo de giro de los recursos del Régimen Solidario**: Las Entidades Administradoras de Salud, EAS, recibirán del municipio, el valor del porcentaje de administración fijado en un 6%, correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación, UPC, de sus afiliados efectivamente contratados. Estos recursos se girarán en forma anticipada a las EAS, por períodos bimestrales y durante los diez (10) primeros bimestres, con base en reportes de aprobación por parte de la interventoría del contrato. El giro de los bimestres 11 y 12, se realizará una vez se haya adelantado y formalizado la liquidación del contrato. El Gobierno reglamentará e instrumentará este proceso. Los recursos correspondientes a la prestación de servicios serán girados directamente del municipio a las Redes Integradas de Servicios, según los parámetros y los valores correspondientes al pago de los contratos que hayan suscrito con cada EAS, en los plazos y términos definidos en la presente ley;

i) **Control Territorial**: Las Secretarías Distritales y Municipales de Salud ejercerán el proceso de vigilancia, control e interventoría a los contratos de las EAS y las redes integradas de servicios, por delegación explícita de la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de lo establecido en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control;

j) **Recursos provenientes de la liquidación de los contratos**: Los recursos que resulten de la liquidación de los contratos suscritos entre el Municipio, la EAS y las redes integradas de servicios, deberán ser reintegrados a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga, a más tardar en el mes siguiente a la firma del acta de liquidación de los contratos;

k) **Terminación o caducidad del contrato**: Cuando se declare la terminación o caducidad de un contrato con una EAS, por incumplimiento de las obligaciones contractuales, la Red Integrada de Servicios que venía atendiendo a los afiliados, lo continuará haciendo con cargo a los recursos que el municipio administra, mientras se selecciona una nueva EAS por parte del Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá tener un plazo superior a sesenta días calendario, posteriores a la declaración de caducidad.

Parágrafo Transitorio. Durante el período de transición, requerido para lograr la cobertura universal en salud, los hospitales públicos y aquellos

privados con quienes exista contrato, continuarán prestando servicios a las personas pobres y vulnerables, no afiliadas al Régimen Solidario y con cargo a recursos de oferta, que deberán ser garantizados por los Gobiernos Departamental y Municipal, en sus respectivos Fondos Territoriales de Salud.

Artículo 68. *Reglas básicas para la relación EAS y redes integradas de servicios*. A fin de garantizar los principios del Sistema, la atención efectiva en salud, el mantenimiento de las redes integradas de servicios públicos y privados y el flujo de los recursos, se atenderán según los siguientes lineamientos:

a) **Mecanismo de pago a las redes integradas de servicios:** Los contratos de prestación de servicios suscritos entre EAS y las redes Integradas de Servicios, deberán estipular y aplicar las tarifas acordadas según modalidad de prestación, al igual que mecanismos de pago anticipado, con base en los parámetros establecidos en la presente ley;

b) **Porcentaje Mínimo de Contratación con Red Pública Integrada de Servicios:** Del valor total de las UPC administradas por la EAS en un Municipio, como mínimo el 65% se deberá contratar y ejecutar con la Red Pública Integrada de Servicios;

c) **Flujo de Recursos:** El Municipio y las EAS deberán garantizar el flujo adecuado de los recursos a las Redes Integradas de Servicios, propendiendo por un manejo adecuado y ágil del proceso de auditoría de cuentas y glosas, conforme a la reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 69. *De la liquidación de los contratos del régimen subsidiado*. Los Gobernadores y/o Alcaldes, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para proceder a la liquidación, de los contratos que se hayan firmado para la operación del Régimen Subsidiado, desde el inicio del mismo, en su respectiva Entidad Territorial.

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

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

Artículo 70. *Transición y gradualidad.* Los afiliados al Régimen Subsidiado hasta la expedición de esta ley, permanecerán en las ARS hasta la terminación del contrato vigente y quedarán automáticamente afiliados al Régimen Solidario en la EAS que la sustituya, siempre y cuando cumplan los requisitos necesarios para pertenecer a este.

TITULO IV
ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DEL SISTEMA
CAPITULO I
De las Entidades Administradoras de Salud, EAS

Artículo 71. *Definición*. Las Entidades Administradoras de Salud, EAS, son organizaciones sin ánimo de lucro, públicas, privadas o mixtas, encargadas del registro y afiliación al Sisalud, de administrar, organizar y garantizar la prestación del Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, de adelantar los procesos de auditoría médica y contable de las cuentas presentadas por las Redes Integradas de Servicios, así como de dar la autorización de giro de las mismas al Municipio.

Artículo 72. *Funciones*. Las EAS tendrán las siguientes funciones:

a) Operar el componente de Administración del Sistema, con base en los principios del Sistema Integral de Salud;

b) Administrar la prestación de los servicios de salud de sus afiliados y garantizar el acceso efectivo al Plan de Atención Integral en Salud, PAIS;

c) Ejercer vigilancia y control del efectivo pago de los aportes de los afiliados al Sistema Integral de Salud en el Régimen Contributivo al Fosyga y reportar cualquier inconsistencia o anomalía de manera inmediata a la Superintendencia Nacional de Salud, en concurrencia con ella;

d) Promover la afiliación de la población al Sistema Integral de Salud, Sisalud. Las EAS tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley;

e) Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias, puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional;

f) Garantizar el libre y oportuno acceso de los afiliados y sus familias, a los servicios ofrecidos por las Redes Integradas de Servicios en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y sus beneficiarios;

g) Garantizar un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las diferentes Redes Integradas de Servicios, así como al interior de las mismas;

h) Remitir al Fosyga y al SIINS, la información relativa a la afiliación del trabajador y sus beneficiarios, así como todo tipo de novedades que presente el núcleo;

i) Adelantar la auditoría médica y de cuentas presentadas por las Redes Integradas de Servicios y como resultado de esta, autorizar el giro para pago por la prestación de estos servicios al Municipio en el Régimen Solidario y a la subcuenta de compensación del Fosyga en el Régimen Contributivo;

j) Controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad, en los servicios prestados por las Redes Integradas de Servicios;

k) Manejar la información suficiente y con oportunidad sobre la situación de salud de su población afiliada, los perfiles epidemiológicos de la misma y las operaciones administrativas, de tal manera que posibiliten la toma de decisiones de la EAS, la rendición de cuentas a los usuarios y el ejercicio de la inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes;

l) Responder por el mejoramiento de los perfiles epidemiológicos de su población afiliada;

m) Recomendar modalidades de contratación y pago, que incentiven las actividades de salud pública colectiva e individual y generen control de costos, sin deterioro de la calidad de la atención;

n) Garantizar que la Red integrada de Servicios, con la que contrate, ofrezca a sus afiliados varias alternativas de IPS;

o) Operar en el Régimen Solidario en máximo dos regiones, de las definidas por el Ministerio de la Protección Social, en el Régimen Contributivo su operación será nacional;

p) Las demás que les sean asignadas.

Artículo 73. *Requisitos Generales de las Entidades Administradoras de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud o el... habilitará como Entidades Administradoras de Salud a empresas que podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

a) Ser sin ánimo de lucro;

b) Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Administradora de Salud, tales como:

1. EAS Privadas.

2. EAS Públicas creadas por la Nación, los departamentos, distritos o municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas.

3. EAS de las Cajas de Compensación Familiar, de manera directa o en asociación o convenio entre ellas mismas.

4. EAS Solidarias.

5. EAS de naturaleza indígena;

c) Tener personería jurídica reconocida por el Estado;

d) Disponer de una organización administrativa, técnica y financiera, adecuada y acorde con sus funciones;

e) Acreditar periódicamente un número mínimo de afiliados tal que garanticen su operación, según parámetros fijados por el Ministerio de la Protección Social;

f) Acreditar periódicamente el margen que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Administradora de Salud, que será fijado por el Ministerio de la Protección Social;

g) Tener un capital social o fondo social mínimo, que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, determinados por el Gobierno Nacional;

h) Las demás que establezcan las leyes y la reglamentación del Sistema, previa consideración de la Comisión de Regulación del Sistema Integral de Salud.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional adecuará y expedirá las normas que se requieran para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo, en un término no mayor a (6) meses.

Parágrafo 2°. Las EPS y ARS de naturaleza distinta a la establecida en el literal a) y que se encuentren operando al entrar en vigencia la presente ley, podrán transformarse como EAS siempre y cuando se adapten a las exigencias de esta ley, en un plazo no inferior a seis (6) meses, de lo contrario deberán ser liquidadas y sus afiliados seleccionarán libremente una EAS, que se halle debidamente autorizada. Si el afiliado no ejerce este derecho el Estado le asignará una EAS, según criterios de acceso a la Red Integrada de Servicios.

Artículo 74. *Régimen jurídico de las EAS públicas.* El régimen jurídico de las EAS públicas, será el mismo establecido por la ley para las Empresas Industriales y Comerciales del Estado las cuales serán sin ánimo de lucro.

Artículo 75. *Estructura administrativa de las EAS públicas.* Las EAS públicas tendrán la siguiente estructura administrativa:

a) **Asamblea de Asociados:** Integrada por los representantes de las entidades y empresas públicas que se asocian para la constitución de la EAS;

b) **Junta Directiva.** Las EAS, tendrán una Junta Directiva, que desarrollará las funciones de consejo de administración y estará integrada de la siguiente manera:

1. Sendos representantes de las entidades asociadas que conformen la EAS.

2. Un representante de la organización que agrupe a la mayoría de los afiliados del Régimen Solidario del área urbana en el ámbito territorial de operación de la EAS.

3. Un Representante de la organización que agrupe a la mayoría de los afiliados del Régimen Solidario del área rural en el ámbito territorial de operación de la EAS.

4. Un representante de la organización sindical que agrupe a la mayoría de los trabajadores del sector salud en el ámbito territorial de operación de la EAS.

5. Un representante de la organización que agrupe la mayoría de profesionales de la salud en el ámbito territorial de operación de la EAS.

Parágrafo. Cuando una EAS, opere en una región en la que existan comunidades indígenas y/o negras, estas tendrán representación en su junta directiva, a través de las organizaciones que las agrupen mayoritariamente, a cada una de estas comunidades.

Artículo 76. *Requisitos especiales de las EAS de propiedad solidaria e indígena.* Las EAS, deberán cumplir con los siguientes requisitos:

a) Las de propiedad Solidaria, tener como mínimo el 80% de sus afiliados el carácter de dueños de la empresa y cumplir con los principios cooperativos;

b) Las de propiedad indígena, demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio del Interior y de Justicia, que tienen un referente étnico y cumplen con principios comunitarios y de orden administrativo de la comunidad y cuenten al menos con un 80% de afiliados pertenecientes a comunidades indígenas.

Artículo 77. *De los ingresos de las EAS.* Serán ingresos de las EAS, los siguientes:

a) En el Régimen Contributivo, las EAS recibirán un porcentaje de administración por las UPC manejadas en un período anual, el cual será de 8% del valor de las UPC efectivamente compensadas en el Fosyga;

b) En el Régimen Solidario, las EAS recibirán un porcentaje de administración, por las UPC manejadas en un período anual, el cual será de 6% del valor de las UPC efectivamente contratadas.

Parágrafo. Cuando una EAS opere tanto Régimen Solidario como Régimen Contributivo, deberá establecer un manejo presupuestal y contable de los ingresos y gastos de cada régimen, en forma independiente para cada uno de ellos.

Artículo 78. *Prohibición de la integración vertical.* Ninguna EAS, en forma directa o a través de terceros, podrá construir, adquirir o comprar acciones total o parcialmente o entrar a ejercer algún tipo de dominio sobre alguna institución prestadora de servicios de salud. El incumplimiento de esta norma será causal de revocatoria de la licencia de funcionamiento de la EAS.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta norma y en conjunto con la Superintendencia de Sociedades, examinará la composición de la propiedad de las IPS, que obtengan el visto bueno para operar, así como de las ya existentes y la contratación de las EAS.

Parágrafo 2°. El contenido del presente artículo, no aplicará para las EAS del sector público.

Artículo 79. *Exigencias para competencia y transparencia de las Entidades administradoras de Salud.* Las EAS estarán obligadas a adoptar un manual de buenas prácticas, en el cual se comprometan como mínimo con las siguientes exigencias:

a) Las Entidades Administradoras de Salud serán las defensoras y procuradoras de la salud de sus afiliados. Por ende no podrán negar o dilatar la prestación de servicios contemplados en el Plan de Atención Integral en Salud y propenderán por la implementación y cumplimiento del Sistema Unico de Garantía de Calidad en Salud;

b) No podrán en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, o negar la afiliación a quien desee ingresar;

c) Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia de los afiliados, dentro del Sistema Integral de Salud;

d) Será causal de pérdida de la habilitación para operar, la existencia de conflictos de interés, el tráfico de influencias o la competencia desleal que pueda suscitar la EAS en su relación con autoridades territoriales, en ejercicio, o actores políticos, cuyas acciones estén relacionadas con las funciones de las EAS. Las EAS guardarán imparcialidad e independencia política en procesos electorales a nivel nacional;

e) No podrán pertenecer a las Juntas Directivas, ni a cargos de gerencia y dirección tanto de las EAS como de las Redes Integradas de Servicios quienes sean servidores públicos, ni sus cónyuges o compañeros o compañeras permanentes y sus familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, excepto en los casos que determine la ley;

f) Las EAS serán objeto de control fiscal por parte de la Contraloría General de la República, estando obligadas a rendir cuentas en cada vigencia, de conformidad con la normatividad del ente de control. El balance social y contable deberá estar disponible en la página web de la Contraloría y de cada EAS en el mes siguiente a su rendición, para objeto del control social.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará en el término de seis (6) meses, lo relacionado a este artículo, previendo involucrar y posibilitar el control social por parte de actores del sistema y la comunidad en general.

Artículo 80. *De los incentivos para un mejor servicio.* La Crsisalud establecerá los incentivos al buen desempeño de las EAS, en función del mejoramiento o mantenimiento del estado de salud, reflejado en cambios positivos del perfil epidemiológico de su población afiliada, en una región y del control del gasto. Se podrá considerar como incentivo financiero un aumento en el porcentaje de administración que reciban, sin que tal porcentaje supere el 10% para el Régimen Contributivo o el 8% en el Régimen Solidario.

Artículo 81. *De la prohibición de la realización de actos riesgosos que atenten contra la calidad de la prestación de servicios.* Quedan expresamente prohibidas, todas aquellas prácticas, premios y restricciones a los profesionales de la salud, que con la finalidad de reducir los gastos, deterioren la salud y el derecho de los afiliados a un servicio de buena calidad.

El Gobierno Nacional, en un término no mayor de seis meses de expedida la presente ley reglamentará los parámetros y mecanismos de control que sean necesarios para su cumplimiento.

Parágrafo. A la EAS, que vulnere el presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud le impondrá sanciones que serán hasta por el 2% del valor del contrato, para las Entidades Administradoras del Régimen Solidario y del 2% de las UPC efectivamente compensadas en el último mes para las del Régimen Contributivo. Este recaudo se destinará para las subcuentas de Solidaridad o Compensación del Fosyga, según sea el origen del caso que lo suscitó. Cada vez que la EAS reincida, se duplicará el valor de la multa. Si el número de reincidencias es de tres o más, será cancelada su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

Artículo 82. *De la Atención en Salud de los Accidentes de Trabajo y la Enfermedad Profesional.* La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo será garantizada por la red integrada de servicios contratada por la EAS del régimen contributivo a la

cual está afiliado el trabajador, en los mismos términos en que actualmente lo adelantan las ARP. Estos servicios se financiarán con cargo a los recursos de cotización del Sistema General de Riesgos Profesionales captados por el Fosyga y destinados a la subcuenta de Riesgos Profesionales y Enfermedad Profesional del mismo, en los términos definidos en la presente ley.

Las EAS, autorizarán el pago a las Redes Integradas de Servicios, de los gastos de atención de sus afiliados por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.

Parágrafo. La Comisión de Regulación de Seguridad Social de Salud reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios, de la Subcuenta de Riesgos Profesionales y Enfermedad Profesional del Fosyga, a las Redes Integradas de Servicios previa autorización de la EAS.

Artículo 83. *Distribución de los aportes al Sistema General de Riesgos Profesionales.* El recaudo por cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales, hecho en la Subcuenta de Riesgos Profesionales y Enfermedad Profesional del Fosyga se destinará así:

a) 50 puntos para contribuir a cubrir la atención en servicios de salud que demanden los Accidentes de Trabajo y la Enfermedad Profesional y que estarán a cargo de la EAS a la cual está afiliado el trabajador. Los excedentes generados por la no ejecución de estos recursos, serán destinados a financiar solidariamente la afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales de los trabajadores de la economía informal;

b) 7 puntos para la subcuenta de salud pública del Fosyga y con destino a financiar el PASP-Colectivo;

c) Los restantes recursos serán girados por la Subcuenta de Riesgos Profesionales y Enfermedad Profesional del Fosyga, a las ARP, para que continúen garantizando, los programas de Salud Ocupacional de las empresas que tengan afiliadas, al igual que el pago de pensiones e incapacidades por muerte, enfermedad profesional o accidente de trabajo, en caso de presentarse excedentes de estos recursos serán reintegrados a la subcuenta de accidentes de trabajo y enfermedad profesional del Fosyga;

d) Las ARP, recibirán por concepto de administración el 8% del valor de las afiliaciones efectivamente realizadas por esta. En todo caso de su ejercicio no se generará lucro por ningún concepto y si hay rendimientos financieros se retornarán al Fosyga.

Artículo 84. *Período de transición para el ISS.* Durante un período de tiempo de tres (3) años, contados a partir de la vigencia de la presente ley, la EAS del ISS recibirá del Fosyga el valor de las cotizaciones sin compensación y utilizará el total de los aportes, con el fin de lograr la liquidez suficiente y adecuar su funcionamiento hacia una compensación plena. Durante el tiempo previsto como transitorio, se adecuarán los procesos para desarrollar un Sistema de información, que se integre al SIINS. El período de transición cumplirá como propósito favorecer la liquidez operativa para garantizar la prestación de los servicios, el pago oportuno a las IPS y a sus proveedores.

Parágrafo 1°. En el período de transición contemplado en este artículo, el Gobierno Nacional, integrará a la EAS del ISS, las ESE escindidas del mismo.

Parágrafo 2°. Durante el período de transición definido en el presente artículo, el ISS presentará informes semestrales a la Crsisalud y a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre los avances obtenidos en los objetivos fijados.

Artículo 85. *Régimen de Liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.* El Gobierno Nacional expedirá, en dos (2) meses a partir de la expedición de la presente ley, los procedimientos y la reglamentación para la liquidación de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado ARS, que se encuentren operando a la entrada en vigencia de esta Ley y que no se adapten a la nueva normatividad.

Parágrafo. Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se excluirán de la masa de liquidación.

Artículo 86. *De la relación EAS – Redes Integradas de Servicios, IPS, profesiones y ocupaciones de la salud.* Las EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS deberán garantizar el ejercicio de las profesiones u ocupaciones en salud, teniendo en cuenta las regulaciones misionales específicas de cada disciplina, la normatividad administrativa y laboral, en especial los fundamentos de su desempeño tales como ética del ejercicio, acto integral de atención en salud, autonomía y autorregulación.

Las EAS, las IPS y las redes de servicios, estarán obligadas a cumplir integralmente con el plan de beneficios, actuando con ética sin ejercer ningún tipo de presión o condicionamiento sobre los médicos y las instituciones prestadoras de salud, para afectar su juicio profesional en cuanto a la formulación de procedimientos, medicamentos, tratamientos, exámenes, elementos e insumos terapéuticos y si es del caso su posterior realización.

Parágrafo. Entiéndase como acto integral de atención en salud, las diferentes acciones interdisciplinarias que concurren en el cuidado de la salud.

Artículo 87**.** *Del tiempo necesario para las actividades, intervenciones y procedimientos en salud*. Los tiempos de la actividad asistencial de los profesionales de la salud, estarán sujetos a estándares internacionales, sin constreñir la autonomía profesional, según concepto de los respectivos Tribunales Nacional y Seccionales de Etica.

En todo caso, el profesional de la salud dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su estado de salud e indicar los exámenes e interconsultas indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. Para ello, dispondrá como mínimo, en los servicios de consulta externa programada, de media hora para consultas de primera vez y de veinte (20) minutos para los controles por cada paciente, o más en casos especiales como las consultas de Psiquiatría, Psicología y de otras especialidades.

Artículo 88. De las condiciones para el ejercicio. El profesional de la salud deberá disponer de las condiciones mínimas humanas, técnicas y de bioseguridad que le permitan actuar con autonomía profesional, independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones mínimas, podrá abstenerse de prestar el servicio, siempre y cuando no se trate de un caso de urgencia vital, e informar de ello a las instancias de control interno de las instituciones correspondientes, sin que por esta situación se le pueda menoscabar en sus derechos o imponer sanciones.

Artículo 89. *Del consentimiento informado.* Excepto en los casos de urgencias o en los que no sea posible la realización de procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos convencionales, por las condiciones clínicas del paciente, el profesional de la salud tratante deberá informar al enfermo, familiares más cercanos, o a sus representantes legales, acerca de los riesgos y eventuales complicaciones previstas, de acuerdo con el estado del paciente y los medios disponibles para su atención. Esta información quedará consignada en documento firmado por las partes ante testigos.

Cuando el procedimiento deba realizarse en un menor, el consentimiento otorgado por sus padres o representantes legales, será válido siempre y cuando sea cualificado y persistente. Entiéndase como tal aquel que cumpla con las características de ser libre, consciente, expreso, claro y con comprensión de posibilidades, límites y riesgos y respetando la garantía del derecho a la vida, la integridad personal, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad.

Será válido el consentimiento informado, otorgado por un menor adulto, entendiéndose como tal aquel que tiene independencia económica y social del núcleo familiar paterno, en todo caso en el que su decisión no comprometa de manera grave su vida o integridad personal.

Artículo 90. *De la Relación EAS - Redes Integradas de Servicios, IPS, Universidades y Centros de Formación.* Las EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS deberán posibilitar el desarrollo de convenios docente-asistenciales, respetando la autonomía universitaria relacionada con la formación del talento humano en salud y evitando la integración vertical entre EAS-Redes Integradas de Servicios, IPS, Centros de Formación en el sector privado.

CAPITULO II

De la prestación de los servicios de salud

Artículo 91. *De las redes integradas de servicios*. Entiéndase por Red Integrada de Servicios, aquella entidad que enlaza o asocia a las IPS en todos los niveles de atención, con cobertura geográfica en el área de influencia de la EAS a la que pertenece o le presta servicios y cuyo principal objetivo será conservar la salud de la población sobre las que tenga incidencia. Las Redes Integradas de Servicios podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta.

Artículo 92. *Organización de la prestación de servicios de salud por medio de redes integradas de servicios.* Las instituciones prestadoras de servicios de salud, se organizarán en redes teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

a) Se constituirán por integración de los hospitales, ESE e IPS públicas, puestos y centros de salud; las redes privadas se conformarán por entidades cooperativas, privadas sin ánimo de lucro o de carácter indígena y las redes mixtas;

b) Podrán integrar IPS del mismo o de diferentes niveles de atención;

c) Deberán tener como mínimo un primer nivel de atención, basado en un modelo orientado a obtener resultados positivos en el perfil epidemiológico de la población que atienda;

d) Para la atención del componente de Salud Oral contenido dentro del PAIS, se conformarán y contratarán Redes Integradas de Servicios de Salud Oral especialmente constituidas para ello;

e) Los profesionales de la salud que ejerzan como independientes, podrán integrarse en redes, para ofertar y prestar servicios de salud;

f) Deberán garantizar, organizar y operar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes;

g) Propenderán por la utilización adecuada de su oferta, así como por la optimización del uso de la infraestructura que la soporta, en beneficio de la población.

Artículo 93. *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS.* Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son las encargadas de brindar la atención en salud de acuerdo con su nivel, a los afiliados y beneficiarios, dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Artículo 94. *Habilitación de las redes integradas de servicios y de las instituciones prestadoras de servicios de salud.* El proceso de habilitación, de las Redes Integradas de Servicios e IPS, se adelantará en cumplimiento de la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, que se determine para el sector salud.

Artículo 95. *Libre elección de IPS.* En desarrollo del principio de libre elección, el afiliado podrá seleccionar, sin ningún tipo de restricción, la IPS y la Red Integrada de Servicios que considere más conveniente.

Están prohibidas todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, presionar, restringir o falsear la libre competencia para la prestación de los servicios de salud.

Las EAS, la Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud Territoriales, obligatoriamente harán público y difundirán los resultados de las evaluaciones de la capacidad resolutiva, experticia y calidad de la infraestructura de las IPS y Redes Integradas de Servicios, con el objetivo de facilitar al usuario el proceso de libre escogencia, dentro de la oferta de este tipo de instituciones.

Artículo 96. *De los niveles de atención*. Los servicios de salud, se clasificarán en cuatro niveles de atención a saber:

a) Primer Nivel: Caracterizado por instituciones donde se dispensa atención ambulatoria y hospitalaria, principalmente de consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia para la atención de patologías de menor severidad;

b) Segundo Nivel: Constituido por instituciones donde se prestan servicios de salud especializados;

c) Tercer Nivel: Caracterizado por Instituciones que cuente con la prestación de servicios de salud por parte de supraespecialistas;

d) Cuarto Nivel o de máxima complejidad: Constituido por Instituciones que tengan técnicas de óptimo desarrollo en el campo investigativo, quirúrgico, de imágenes diagnósticas y de laboratorio clínico.

Artículo 97. *Sistema Contable.* Toda Red Integrada de Servicios e IPS deberá contar con un sistema contable, que permita registrar los costos y gastos de los servicios ofrecidos y adoptar el Plan Unico de Cuentas Hospitalarias que establecerá el Gobierno Nacional a más tardar en el siguiente año a partir de la expedición de la presente ley.

Artículo 98. *Manual de Tarifas.* La Crsisalud, dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, establecerá un sistema de tarifas dentro de un rango mínimo y máximo, asimismo desarrollará un sistema único de códigos de procedimientos de salud, para el pago de la prestación de los servicios de salud a todos los actores del sistema, cuya aplicación será obligatoria.

Para ello, adelantará estudios con el fin de establecer un escalafón de Redes Integradas de servicios y de IPS, tanto para las instituciones públicas como para las privadas, dentro del cual se deberá tener en cuenta como parámetros mínimos, la capacidad resolutiva, la experticia, la condición de Hospital Universitario y los resultados de la evaluación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, al igual sus estructuras de costos.

Con base en la ubicación en este escalafón, se establecerán tarifas diferenciales, con las cuales, obligatoriamente, cada Red Integrada de Servicios e IPS contratarán sus servicios con todos los actores del sistema.

Parágrafo 1°. La no observancia del manual de tarifas se convertirá en práctica no permitida o atentoria contra la competencia y será investigada y sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a la reglamentación que se expida para el efecto.

Artículo 99. *Salario mínimo de las profesiones y ocupaciones de la salud*. El Gobierno Nacional concertará con las agremiaciones de profesionales y trabajadores del sector salud, un salario mínimo legal así como las respectivas prestaciones sociales para las profesiones y ocupaciones de la Salud, con base en los niveles de formación y experiencia que hayan adquirido. Estos aspectos serán de obligatorio cumplimiento para la contratación del talento humano para todos los actores del Sistema.

Artículo 100. *Garantía de liquidez de las redes integradas de servicios*. El pago por la atención en salud, que la EAS autorice al Fosyga o al Municipio, a realizar a las Redes Integradas de Servicios, se hará mediante la erogación mensual anticipada del 100% de la fracción mensual del valor contratado. Lo anterior sin perjuicio de los ajustes propios de los resultados de la auditoría médica y de cuentas así como de la liquidación de los contratos que con posterioridad a los pagos adelante la EAS.

Parágrafo 1°. El pago correspondiente a la atención de urgencias por parte del Fosyga, no superará en ningún caso los treinta días contados a partir del momento en que se reporte el evento.

Parágrafo 2°. Cualquier retraso en el pago de estos anticipos o de la atención de urgencias, generará intereses de mora, iguales a los señalados en el régimen tributario vigente.

Artículo 101. *Recursos para las redes integradas de servicios públicas y las ESE*. Las Redes Integradas de Servicios Públicas y las ESE se financiarán con los siguientes recursos:

a) Los recursos destinados a la atención de la población transitoria con cargo al Sistema General de Participaciones en Salud, establecido en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001;

b) Recursos provenientes de la contratación mínima obligatoria y efectiva del 65% de las UPC contratadas, por parte de las EAS del Régimen Solidario;

c) Recursos provenientes del sesenta por ciento (60%) de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del Fosyga, con énfasis en los hospitales universitarios, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca la Crsisalud. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica e investigación;

d) Los recursos de las acciones de Atención Primaria Integral en Salud, APIS, los cuales serán contratados con carácter obligatorio con la Red Integrada de Servicios Pública, en el Régimen Solidario;

e) Los recursos destinados a la prestación del PASP-Colectivo;

f) Recursos propios de las entidades territoriales;

g) Venta de servicios al Régimen Contributivo y otros;

h) Donaciones y otros conceptos.

Artículo 102. *Medidas para la estabilización de la Red Pública de Servicios de Salud.* Con el objeto de contribuir a estabilizar financieramente la red pública de servicios de salud, el Gobierno Nacional procederá a pagar las deudas que por atención de vinculados mantiene con dichas instituciones así como los pasivos salariales y prestacionales causados hasta el año 2006, financiándolos con las siguientes fuentes:

a) Los recursos invertidos en activos financieros, cuyo origen son los excedentes de las subcuentas del Fosyga;

b) Los recursos adeudados por el Estado por concepto de Paripassu ordenados por las sentencias de la Corte Constitucional SU-480 de 1997, C-1165 de 2000 y C-040 de 2004.

Parágrafo 1°. Los pagos contemplados en el presente artículo se empezarán a efectuar en un término no superior a 6 meses cuya culminación no será superior a 5 años.

Parágrafo 2°. Al finalizar los cinco años, no deberá existir ninguna deuda por parte del Estado, por los conceptos referidos en los literales a y b del presente artículo.

Parágrafo 3°. Si una vez canceladas las deudas por atención de vinculados y por pasivos salariales y prestacionales, quedaren excedentes, estos se destinarán a las subcuentas de salud pública y/o de solidaridad que determine el Crsisalud.

Artículo 103. *Del censo de la propiedad de las Instituciones Públicas de Salud.* El Ministerio de la Protección Social, en un plazo no superior a seis meses, contados a partir de la fecha de expedición de la presente ley, adelantará un censo de instituciones públicas de salud, determinando las condiciones de constitución jurídica, propiedad de los terrenos, equipos e instalaciones de las mismas. Dentro de dicho censo se deberán incluir aquellas instituciones, en especial fundaciones, que bajo el esquema del Sistema Nacional de Salud, hayan atendido población pobre con cargo a recursos públicos.

Artículo 104. *De las instituciones que se hallen en indefinición jurídica.* El Ministerio de la Protección Social, una vez adelantado el censo, en un plazo no superior a un año, procederá a convertir las entidades sin ánimo de lucro, que se encuentren en indefinición jurídica de su propiedad y que no cumplieron los requisitos del artículo 20 de la Ley 10 de 1990, en entidades públicas.

Parágrafo. Las instituciones convertidas en entidades públicas, según lo establecido en este Artículo, tendrán la categoría de Empresas Sociales del Estado.

Artículo 105. *De la regulación de la oferta hospitalaria.* La creación de Redes Integradas de Servicios e IPS nuevas, que pretendan prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad deberán ser aprobadas por el Ministerio de la Protección Social. Este Ministerio podrá delegar en cada caso de manera expresa, esta competencia a los departamentos, quienes deberán dar su aprobación o negarla, de conformidad con el reglamento que establezca el Ministerio. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 106. *Hospital universitario.* Es una Institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, que hacen parte de una Red Integrada de Servicios y que tiene programas permanentes de tipo asistencial docente e investigativo, con convenios permanentes de docencia-servicio con universidades, que tienen programas de formación profesional en salud.

Los Hospitales Universitarios de carácter público, tendrán prioridad en la contratación de servicios de alta complejidad por parte de las EAS. Las Universidades, Gobierno Nacional y Entidades Territoriales concurrirán en el financiamiento de la actividad docente e investigativa, así como en la prestación de servicios no incluidos en el Plan de Atención Integral en Salud y la atención de la población transitoria, según las respectivas competencias territoriales.

Artículo 107. *Política de ciencia y tecnología en salud.* La Crsisalud formulará cada cuatro años, con revisiones anuales, las políticas y prioridades de inversión en investigación y desarrollo tecnológico en salud para el país, en concertación con el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud, respetando las especificidades territoriales.

Artículo 108. *Evaluación Tecnológica.* El Ministerio de la Protección Social establecerá normas que regirán la importación de tecnología biomédica y definirá aquellas cuya importación será controlada. Igualmente, reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con planes nacionales para la atención de las patologías.

Las normas que se establezcan, deberán incluir metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica, así como aquellas que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicables tanto en el sector público como en el privado.

Artículo 109. *Incentivos*. Las EAS incentivarán a las Redes Integradas de servicios con base en los resultados de capacidad resolutiva, mejoramiento del perfil epidemiológico, control del gasto y mejoramiento de las condiciones de salud de su población asignada. Estos incentivos se verán reflejados en continuidad y mejores condiciones contractuales de orden financiero para la siguiente vigencia del contrato.

CAPITULO III

De las Empresas Sociales del Estado

Artículo 110. *Naturaleza*. La prestación y administración de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley, Ordenanzas, Acuerdos Distritales o Municipales, según sea el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

Artículo 111. *Régimen jurídico.* El régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado, será el establecido por la ley para las Empresas Industriales y Comerciales del Estado.

Parágrafo. Las IPS públicas que no se hayan constituido como Empresas Sociales del Estado, tendrán que transformarse a dicha modalidad o integrarse a una ESE existente, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 112. *Dirección o gerencia de las ESE*. Para ejercer las funciones de Dirección o Gerencia de las ESE, se atenderán los siguientes lineamientos generales:

a) La Gerencia será ejercida por profesionales de comprobada solvencia técnica, administrativa y con compromiso social y ético;

b) Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el representante legal de la respectiva Entidad Territorial, para períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante proceso que deberá realizarse en los primeros seis (6) meses del período del representante legal de la Entidad Territorial respectiva, de una terna que conformará la Junta Directiva;

c) La Terna de candidatos será integrada con base en una lista de aspirantes que se conformará mediante un proceso de concurso público de meritos, abierto, realizado bajo los principios de igualdad, moralidad, eficacia, objetividad, transparencia, imparcialidad y publicidad, de conformidad con el artículo 49 de la Ley 909 de 2004;

d) Los Gerentes de las ESE se regirán en materia salarial por un régimen especial, teniendo en cuenta el nivel de complejidad del respectivo hospital y metas de desempeño;

e) Los Directores y/o Gerentes de las IPS Públicas podrán ser removidos del cargo por el nominador, siempre que medie aprobación de la Junta Directiva por mayoría calificada, o por causales de ineficiencia administrativa, medida en el incumplimiento de metas de desempeño financiero o de salud, o por la utilización de la entidad para fines políticos electorales. También podrán ser retirados por las causales señaladas en las leyes y decretos reglamentarios en materia disciplinara, faltas a la ética y responsabilidad fiscal o penal.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará la materia en el término de seis (6) meses.

Parágrafo 2°. En caso de vacancia absoluta de una Gerencia, deberá adelantarse el mismo proceso de selección. El período del Gerente seleccionado culminará con el período del respectivo nominador.

Parágrafo Transitorio. Los Directores y/o Gerentes de IPS Públicas, que hayan sido designados para período fijo de tres años, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, continuarán en el ejercicio de sus cargos hasta la terminación del período para los cuales fueron nombrados, salvo que se den las causales señaladas en las leyes y decretos reglamentarios vigentes para el retiro del servicio de los funcionarios públicos.

Artículo 113. *Incorporación en las plantas de personal*. En cumplimiento del artículo 122 de la Constitución Nacional y demás normas concordantes, el Gobierno Nacional expedirá la reglamentación para que todos y cada uno de los empleados que desarrollan de manera permanente actividades en las ESE, se incorporen a las plantas de personal y se prevean sus emolumentos en los respectivos presupuestos.

Unicamente se tendrán vinculaciones temporales para cubrir las vacaciones, licencias, comisiones e incapacidades. Queda prohibida la contratación por prestación de servicios que dé lugar a plantas de personal paralelas.

Artículo 114. *De la integración de la administración y la prestación de servicios del régimen solidario a través de las ESE.* A fin de garantizar los principios del Sisesa la atención efectiva e Integral en salud, desde el Plan de Salud Pública Colectiva y de Atención Primaria Integral en Salud,

hasta el más alto nivel de complejidad la participación organizada de la comunidad así como de los Departamentos, Municipios y Distritos en la administración y prestación de los servicios, el mantenimiento de las Redes Integradas de Servicios Públicas y el flujo de los recursos se atenderán los siguientes lineamientos:

a) Para administrar y prestar los servicios en el Régimen Solidario, podrán asociarse para constituir una EAS, los departamentos, los Municipios, las ESE y las entidades y empresas públicas del orden Nacional y territorial;

b) El capital social básico de estas EAS, estará constituido por el patrimonio y activos, en la proporción que determinen los socios;

c) Podrán ingresar como parte del capital social básico de las ESE, el patrimonio y activos de las entidades sin ánimo de lucro, que estuvieron adscritos o intervenidos por el Estado, en virtud del Sistema Nacional de Salud, creado por la Ley 9ª de 1973 y que no demostraron el cumplimiento de los requisitos del artículo 20 de la Ley 10 de 1990. La incorporación de los bienes se hará mediante cesión de los mismos, por parte de los representantes legales, si estos existen, en caso contrario, por disposición del liquidador correspondiente.

TITULO V
SISTEMA FINANCIERO DEL SECTOR SALUD

Artículo 115. *Del Sistema Financiero del Sector Salud.* Créase el Sistema Financiero del Sector Salud, el cual estará conformado por los agentes, actores, entidades, normas, procedimientos, fuentes y usos, cuyo objetivo principal sea el suministro, flujo, aplicación, operación y custodia de recursos financieros que garanticen el adecuado, normal, eficiente y oportuno funcionamiento del Sisalud.

Artículo 116. *De los recursos del Sistema Integral de Salud.* Los recursos de la seguridad social en salud, sean de origen fiscal o parafiscal, se consideran recursos públicos y constituyen una bolsa común de propiedad de todos los afiliados al sistema, con los cuales se garantiza el derecho irrenunciable a la salud a todos los habitantes del territorio nacional.

Artículo 117. *Patrimonios autónomos*. Los recursos que ingresen al Fosyga, ARP y Redes Integradas de Servicios y los que se generen por concepto de intereses, dividendos o cualquier otro ingreso derivado de ellos, constituyen un patrimonio autónomo, propiedad del Sisalud, que solo puede ser reinvertido en mejoramiento y ampliación de los servicios, actualización tecnológica, capacitación o investigación. Los patrimonios autónomos estarán bajo la vigilancia de la Superintendencia Bancaria.

Artículo 118. *Definición y operación del Fondo de Solidaridad y Garantía.* El Fondo de Solidaridad y Garantía es un fondo independiente del Presupuesto General de la Nación, que opera como una cuenta especial adscrita a la Crsisalud, quien actuará como su consejo de administración, manejado por encargo fiduciario. Los recursos, para todos los efectos hacen parte del Sistema Integral de Salud y por tanto no podrán destinarse a fines diferentes. Los gastos generados por este fondo serán contabilizados dentro del gasto público social, al que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Parágrafo. El Fosyga está autorizado para suscribir créditos con el sistema financiero, en caso de que se presenten problemas de liquidez.

Artículo 119. *De la estructura del Fondo de Solidaridad y Garantía.* La estructura del Fondo de Solidaridad y Garantía tendrá las siguientes subcuentas independientes:

a) De compensación para el Régimen Contributivo;

b) De solidaridad para el Régimen Solidario;

c) De salud pública colectiva;

d) De eventos catastróficos y accidentes de tránsito;

e) De atención de enfermedades de alto costo;

f) De riesgos Profesionales y Salud Ocupacional

Artículo 120. *Funciones del Fosyga.* Serán funciones del Fosyga las siguientes:

a) Contabilizar todos los recursos, destinados al financiamiento de la prestación de servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional, afiliados y beneficiarios del Sisalud;

b) Agrupar, en una sola subcuenta, los recursos para el financiamiento del Régimen Solidario, con excepción a los del Sistema General de Participaciones, las Rentas Cedidas y los recursos de esfuerzo propio de Municipios y Departamentos destinados a dicho fin;

c) Agrupar en una sola subcuenta los recursos, para el financiamiento del Régimen Contributivo;

d) Agrupar en una sola subcuenta los recursos, para el financiamiento del Sistema General de Riesgos Profesionales;

e) Agrupar en una sola subcuenta, los recursos para el financiamiento del PASP-Colectivo, con excepción a los del Sistema General de Participaciones, las Rentas Cedidas y los recursos de esfuerzo propio de Municipios y Departamentos destinados a dicho fin;

f) Recaudar las cotizaciones por concepto de afiliación al Régimen Contributivo;

g) Realizar la compensación establecida para el Régimen Contributivo;

h) Garantizar equidad financiera en la asignación de recursos, para el financiamiento de la salud de todos los habitantes del territorio nacional;

i) Agilizar los procesos que rigen los flujos financieros del Sisalud para la prestación oportuna de servicios a los usuarios, a fin de salvaguardar la estabilidad financiera, de las Redes Integradas de Servicios y de las EAS;

j) Girar a las Entidades Territoriales los dineros correspondientes a las UPC de sus afiliados al Régimen Solidario;

k) Girar directamente a las Redes Integradas de Servicios los dineros correspondientes a la prestación del Plan de Beneficios, del Régimen Contributivo y solidario, según los contratos que hayan formalizado con las EAS y previa autorización de giro de estas, de acuerdo con los resultados de la auditoría médica y de cuentas, tal como lo establece la presente ley;

l) Girar a las EAS que operen el Régimen Contributivo, los recursos correspondientes al porcentaje de administración, según lo establecido en la presente ley;

m) Girar directamente a las Redes Integradas de Servicios Públicas, los recursos correspondientes a la prestación del PASP-Colectivo de los afiliados del Régimen Contributivo;

m) Girar directamente a las Administradoras de Riesgos Profesionales, los recursos que les correspondan de los recaudos efectivos por concepto de aportes patronales, por el Fosyga.

Artículo 121. *Financiamiento de la subcuenta de compensación para el régimen contributivo.* Los recursos que financian la subcuenta de compensación provendrán de las siguientes fuentes:

a) Los ingresos por cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, que hayan sido recaudados por el Fosyga;

b) Los recursos de multas y sanciones provenientes del Régimen Contributivo;

c) Los rendimientos financieros de estos recursos.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud, con el apoyo de la DIAN, realizará el control de las sumas reportadas como ingreso base de cotización por parte de patronos, contratantes y afiliados, en caso de infracción ella aplicará las sanciones a que haya lugar.

Parágrafo 2°. El Fosyga sólo compensará el valor de la Unidad de Pago por Capitación, de aquellos afiliados que hayan pagado total y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

Artículo 122. *Financiación de la subcuenta de solidaridad.* Harán parte de esta subcuenta los siguientes recursos:

a) Un punto porcentual de la cotización obligatoria que deben aportar el Régimen Contributivo y los regímenes especiales;

b) El aporte de las cajas de compensación en los términos que define la presente ley;

c) Un aporte del Estado en una cantidad igual a la establecida en el literal a) del presente artículo. La fuente de dicho aporte, será los recursos recaudados por concepto del impuesto sobre las transacciones financieras del cuatro por mil, si quedan excedentes, después de liquidado este aporte, el saldo también se invertirá para financiar la subcuenta de solidaridad;

d) Los recursos del Sistema General de Participaciones, destinados a la demanda;

e) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras;

f) Los recursos provenientes de las rentas cedidas;

g) Los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar los cuales deberán ser girados por Etesa y contablemente registrados en Fondo Local de Salud;

h) Los recursos provenientes de multas y sanciones del Régimen Solidario;

i) Los excedentes provenientes de la liquidación de los contratos del antiguo régimen subsidiado;

j) Los rendimientos generados por los anteriores recursos.

Parágrafo 1°. Los anteriores recursos se concentrarán en está cuenta excepto los provenientes del Sistema General de Participaciones, las Rentas Cedidas y los Recursos de Esfuerzo Propio de las Entidades Territoriales, los cuales solo serán tenidos en cuenta para el registro contable del Sisalud.

Parágrafo 2°. El Fondo de Solidaridad y Garantía asignará los recursos por Distrito, Municipio o Corregimiento Departamental, con base en el número de afiliados de cada uno de ellos y el valor de la UPC del Régimen Solidario.

Parágrafo 3°. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional a la subcuenta de Solidaridad de subsidios en salud. Para definir el monto de las apropiaciones, se tomará como base lo reportado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la ley de presupuesto, ajustado con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes. Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos, incurrirán en causal de mala conducta, que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

Artículo 123. *De los recursos que financian los subsidios a la demanda*. Las sumas correspondientes a los recursos que los Departamentos, Municipios y Distritos deben destinar a la financiación de los subsidios a la demanda con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones y las rentas cedidas, serán girados bimestre anticipado, directamente a estos.

Artículo 124. *Recursos de las cajas de compensación*. Las cajas de compensación familiar destinarán el 10% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el Régimen Solidario en Salud.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley, el 55% que las cajas de compensación deben destinar al subsidio en dinero, se calculará sobre el saldo que queda después de deducir el 10% de gastos de administración, instalación y funcionamiento, la transferencia respectiva del Fondo de Subsidio Familiar de Vivienda, la reserva legal, el aporte a la superintendencia del subsidio familiar y la contribución a que hace referencia el presente artículo.

Artículo 125. *Del Sistema General de Participaciones en Salud.* A partir de la vigencia de la presente ley, los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, consagrados en los artículos 48, 49 y 52 de la ley 715 de 2001, se distribuirán de la siguiente manera:

a) El 75% para la financiación del Régimen Solidario, este porcentaje se asignará a cada ente territorial responsable de la afiliación a dicho Régimen;

b) El 15% para la financiación de la oferta pública de servicios de salud, este porcentaje será destinado a la atención de la población transitoria, en los términos definidos en la presente ley, el cual se deberá contratar con la Red Integrada de Servicios Pública, salvo excepciones autorizadas expresamente por el Ministerio de la Protección Social;

c) El 10% para los programas de Salud Pública Colectiva.

Parágrafo 1°. El giro de estos recursos se efectuará de manera directa por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a los Fondos Territoriales de Salud de conformidad con lo establecido en la ley 715 de 2001. Dichos fondos serán administrados a partir de la vigencia de la presente ley, mediante cuentas maestras constituidas por los Departamentos y los Municipios para dicho fin.

Parágrafo 2°. Los excedentes que puedan resultar por la no ejecución total de los recursos consignados en el literal b), se destinarán al financiamiento de ampliaciones de cobertura del Régimen Solidario.

Artículo 126. *Financiación de la subcuenta de Salud Pública del Fondo de Solidaridad y Garantía.* En esta cuenta concurrirán los siguientes recursos:

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud pública de que trata el artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por la presente ley, los cuales serán tenidos en cuenta solo para efectos contables;

b) El Impuesto social a las armas de fuego y municiones, de que trata la presente ley;

c) El Aporte del Régimen Contributivo a las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente al 8% de las UPC efectivamente compensadas, el cual será manejado por el Fosyga;

d) El Aporte del Régimen Solidario a las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente al 8% de las UPC efectivamente contratadas;

e) Recursos del Presupuesto Nacional para la compra de insumos necesarios para programas verticales nacionales, como el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, y los programas de Tuberculosis, Malaria, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, SIDA y los destinados a los programas de Inspección, vigilancia y control de factores de riesgo, presentes en el ambiente que afecten la salud humana;

f) Siete puntos (7%) porcentuales de los recaudos efectivos, por concepto del Sistema General de Riesgos Profesionales, realizados por el Fosyga. Dichos recursos se destinarán a financiar campañas nacionales destinadas a la promoción y prevención de enfermedades laborales y accidentes de trabajo;

g) El Esfuerzo Propio de recursos para este fin, proveniente de los Entes Territoriales, los cuales serán tenidos en cuenta solo para efectos contables;

h) Recursos provenientes de sanciones por incumplimiento de la ejecución del PASP- Colectivo y por violación a la legislación sanitaria;

i) Los rendimientos financieros generados por los anteriores recursos.

Parágrafo 1°. Los recursos consagrados en el presente artículo, se concentrarán en esta subcuenta, excepto los provenientes del Sistema General de Participaciones y los Recursos de Esfuerzo Propio de los territorios, los cuales solo serán tenidos en cuenta para el registro contable del Sisalud.

Parágrafo 2°. Las EAS y las ARP podrán incluir dentro del costo efectivamente causado en salud, los puntos porcentuales de que tratan los literales c) y d) del presente artículo.

Artículo 127. *El Impuesto Social a las Armas de Fuego y Municiones.* A partir de la vigencia de la presente ley el impuesto social a las armas de fuego será equivalente al 20% de su valor. El impuesto social a las municiones y explosivos será del 10% del valor de ellas.

Artículo 128. *Financiamiento de la subcuenta de atención de enfermedades de alto costo.* La subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo se financiará con los siguientes recursos:

a) El porcentaje de la UPC del Régimen Contributivo determinado por la Crsisalud, que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Compensación;

b) El porcentaje de la UPC del Régimen Solidario determinado por la Crsisalud que se descontará mensualmente de la cuenta maestra del Fondo Territorial de Salud del giro del Sistema General de Participaciones, realizado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de las Rentas Cedidas y de los recursos de esfuerzo propio municipal;

c) Los recursos provenientes de las sanciones aplicadas por la negación, la deficiencia o la falta de oportunidad en la atención de estas patologías;

d) Los rendimientos que produzcan los citados recursos.

Artículo 129. *Financiación de la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT del Fosyga.* Esta subcuenta se financiará de la siguiente forma:

a) Los recursos del Fonsat creado por el Decreto-ley 1032 de 1991;

b) Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella;

c) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán a esta subcuenta.

Artículo 130. *Financiación de la subcuenta de riesgos profesionales y salud ocupacional.* Esta subcuenta se financiará con los siguientes recursos:

a) Aportes patronales por concepto de Riesgos Profesionales y Salud Ocupacional, según tablas diferenciales por grado de exposición a riesgos laborales definidas por el Ministerio de la Protección Social;

b) Los aportes de los trabajadores independientes, afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales;

c) Los recursos provenientes de sanciones a Patronos y administradoras de Riesgos Profesionales;

d) Los rendimientos de estos recursos.

Parágrafo. Las EAS autorizarán a cargo de los recursos de esta subcuenta, el pago a las Redes Integradas de Servicios, los valores correspondientes a la atención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, que hayan realizado.

Artículo 131. *Plan Unico de Cuentas para el Sistema General de Riesgos Profesionales.* Con el objeto de realizar un efectivo control de los gastos e inversiones adelantadas por las Administradoras de Riesgos Profesionales, el Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará, en un plazo no superior a seis meses, contados a partir de la expedición de la presente ley un Plan Unico de Cuentas para el Sistema General de Riesgos Profesionales, el cual será de obligatoria aplicación para todos los agentes y actores involucrados en dicho Sistema.

Artículo 132. *Financiación de la atención en salud a la población transitoria.* A la población en estado de transición a la Universalidad, le serán atendidas sus urgencias de manera integral, con cargo a los recursos para subsidio a la oferta, en los términos determinados en la presente ley.

La Red Integrada de Servicios la atenderá y presentará las facturas por la atención prestada ante los Fondos Territoriales de Salud. La Crsisalud establecerá las tarifas y forma de pago por la atención de esta población.

Artículo 133. *Del fondo de educación de posgrados e investigación de los profesionales de la salud.* La Crsisalud, administrará un fondo destinado a la formación en postgrados e investigación que adelanten los profesionales de la salud en sus respectivas áreas del conocimiento. La Crsisalud, contará con la asesoría y colaboración de la Academia Nacional de Medicina, Assosalud, Ascofame, del Icetex y Colciencias.

Adicionalmente a los recursos que actualmente se destinan para dicho fin, el fondo se financiará con el 20% de los excedentes de la Subcuenta ECAT del Fosyga y de las multas y sanciones provenientes del Sistema General de Riesgos Profesionales.

TITULO VI

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION NACIONAL DE SALUD, SIINS

CAPITULO VIII

Sistema Integrado de Información en Salud

Artículo 134. *Definición.* El Sistema Integrado de Información Nacional de Salud (SIINS) es el conjunto de mecanismos y procedimientos destinados a la gestión de la información del Sisalud, para garantizar las operaciones entre los agentes del sistema y dar cuenta de las necesidades sociales en salud, la respuesta institucional y social así como los resultados en salud y calidad de vida de la población colombiana. La información deberá ser accesible y estar disponible para la población, por diferentes medios, con el fin de fortalecer la participación y el control social en los territorios.

Artículo 135. *Sistema Integrado de Información Nacional de Salud, SIINS.* Créase el Sistema Integrado de Información Nacional de Salud, SIINS, el cual operará con base en los siguientes objetivos y lineamientos:

a) Articular a los diferentes agentes y actores que son fuentes de datos, en un solo Sistema de Información para el sector Salud, el cual permita generar políticas, trazar estrategias, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión del Sistema Integral de Salud, facilitando de esta forma su desarrollo y funcionamiento;

b) Ser el soporte fundamental del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Integral de Salud;

c) Disponer en forma periódica y actualizada de información sobre la vinculación y afiliación de las personas en los diferentes regímenes que conforman el Sisalud, así como de las acciones, procedimientos e intervenciones en salud recibidos por los usuarios, la historia clínica del afiliado, la información y el perfil epidemiológico de las poblaciones, los estándares e indicadores de la calidad de la atención, la satisfacción de los usuarios, las condiciones financieras y de infraestructura de las entidades del sector, monitorear a las EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS en cuanto a sus sistemas de costos y facturación, gestión y resultados en salud, visualizar el estado y flujo de los recursos dentro de todos los estamentos del Sisalud.

Artículo 136. *De los agentes y actores del SIINS.* Serán agentes y actores del SIINS los siguientes: El Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el INS, el Invima, el DNP, la DIAN, el DANE, la Registraduría Nacional del Estado Civil, la Superintendencia Nacional de Salud, la Crsisalud, las Entidades Territoriales, las Secretarías y las Direcciones Territoriales de Salud**,** las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las EAS, las Redes Integradas de Servicios, las ESE, las IPS, los equipos de medicina familiar y las demás que posean datos e información necesarios y útiles para el Sisalud.

Artículo 137. *Del funcionamiento del SIINS.* El SIINS funcionará en un servidor central, mediante módulos por áreas definidas, las cuales se construirán como una base de datos única, desarrollada sobre una misma plataforma tecnológica, a la cual se ingresará tanto para el cargue como para acceder a la información contenida en él, mediante niveles de seguridad, según sean los requerimientos de los agentes, actores y de sí mismo.

Artículo 138. *De los módulos de SIINS.* El sistema contará como mínimo con los siguientes módulos:

a) De Información Epidemiológica en Salud Pública;

b) De Vinculación y Afiliación al Sisalud;

c) De las Entidades Administradoras de Salud;

d) De las Redes Integradas de Servicios;

e) Del Sistema Financiero en Salud.

Artículo 139. *De las fuentes de datos para los módulos*. Los agentes y actores serán responsables del cargue de datos al SIINS por módulo así:

a) De Información Epidemiológica en Salud Pública: El Ministerio de la Protección Social, el INS, las EAS, las Redes Integradas de Servicios, las ARP, las IPS, las ESE y las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud;

b) De Vinculación y Afiliación al Sisalud: La Registraduría Nacional del Estado Civil, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las EAS, los empleadores;

c) De las Entidades Administradoras de Salud: El Ministerio de la Protección Social, la Crsisalud, la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT y las EAS;

d) De las Redes Integradas de Servicios. El Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las EAS, las ARP, las Administradoras del SOAT, los profesionales de la Salud, las oficinas de recepción y atención del Usuario en las entidades que hacen parte del Sisalud;

e) Del Sistema Financiero en Salud. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el DNP, la Crsisalud, el Fosyga, la DIAN, las Entidades Territoriales, las EAS, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las Redes Integradas de Servicios, las IPS y las ESE.

Artículo 140. *Del administrador del Sistema.* La administración del Sistema estará a cargo del Ministerio de la Protección Social, quien lo diseñará, implementará, articulará y será el responsable de la información contenida en él.

Artículo 141. *De la obligatoriedad del SIINS.* Todo agente y actor que maneje datos e información necesaria para el adecuado funcionamiento del SIINS, debe suministrarla y si es su función, incorporarla. La omisión de

lo anterior será considerada falta grave y como tal será sancionada, en los términos que establezca el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 142. *De las garantías del Estado para el funcionamiento del SIINS.* El Estado dispondrá los recursos, tecnología y capacitación necesaria, para la adecuada implementación del Sistema, de los diferentes agentes y actores públicos involucrados en él. El sector privado será responsable de la consecución de recursos, tecnología y la capacitación que les corresponda para su integración al SIINS.

Artículo 143. *Fases de la implementación*. Será prioritario el desarrollo de los módulos de Información Epidemiológica en Salud Pública y de Vinculación y Afiliación al Sisalud, para dicho efecto el Gobierno Nacional tendrá un plazo de seis meses. Para la implementación de los demás módulos el plazo será de un año a partir de la vigencia de la presente ley.

TITULO VII
SISTEMA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD

Artículo 144. *Sistema de Inspección Vigilancia y Control del Sistema Integral de Salud.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto de agentes, normas y procesos, articulados entre sí, para permitir el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud. El organo rector de este sistema será la Superintendencia Nacional de Salud, la cual será un organismo adscrito a la Presidencia de la República, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Artículo 145. *Características generales.* Las funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Sisalud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, de manera desconcentrada y con el apoyo de la red de control social que defina la Crsisalud para cada territorio de salud.

Artículo 146. *De los agentes y actores del Sistema.* Serán agentes y actores del Sistema los siguientes, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de la Protección Social, el INS, el Invima, las Crsisalud, las Crtsisalud y Crisisalud, las Entidades Territoriales, las Secretarías y las Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las EAS, las Redes Integradas de Servicios, las ESE, las IPS, los equipos de medicina familiar, los Comités de participación Comunitaria, las Asociaciones de Usuarios, las Organizaciónes de los trabajadores del Sector Salud, las Asociaciones de egresados, las agremiaciones científicas, las colegiaturas y los tribunales de ética de las profesiones de la Salud, así como las auditorías, las interventorías, las oficinas de control interno, las revisorías fiscales o quienes ejerzan sus funciones en las entidades del sector salud.

Lo anterior sin detrimento de las funciones que desarrollen los organismos de Control del Estado.

Artículo 147. *Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.* Adiciónese al artículo 7° del Decreto 2165 de 1992, las siguientes funciones:

a) Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del Fosyga y de los Fondos Territoriales de Seguridad Social en Salud;

b) Presentar al Crsisalud para su aprobación los parámetros sobre el sistema obligatorio de calidad de los servicios de salud;

c) Proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en particular, su derecho al acceso y la libre elección;

d) Vigilar y promover el mejoramiento integral de la calidad en el Sisalud;

e) Vigilar que de acuerdo a la Constitución y la ley, se generen y se destinen adecuada, oportuna y eficientemente los recursos del sector salud;

f) Promover la participación social y la rendición de cuentas a la comunidad por los encargados de la operativización del sistema;

g) Velar por que se cumplan las normas que regulan el sistema;

h) Velar por que se eleve la calidad del servicio de salud y porque las Redes integradas de servicio cumplan con las normas técnicas y/o las guías de atención de las distintas patologías;

i) Articular los agentes, actores, normas, procesos, procedimientos y actuaciones que hacen parte del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control;

j) Desarrollar y aplicar la reglamentación del Sistema en los términos fijados por el Gobierno Nacional;

k) Organizar y desarrollar el procedimiento de Habilitación y registro de Entidades Interventoras y Auditoras;

l) Dar posesión a los revisores fiscales de las Entidades del Sector;

m) Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas del código de procedimiento civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos, durante el desarrollo de sus funciones. En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil;

n) Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, al igual que a los administradores, empleados o revisores fiscales de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de mil (1.000) smmlv a la fecha de la sanción cuando desobedezca las instrucciones u órdenes que imparta la Superintendencia Nacional de Salud;

o) Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento;

p) Velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita a través de elementos de juicio claros y objetivos escoger las mejores opciones;

q) Publicar u ordenar la publicación en el SIINS, de los estados financieros e indicadores de las entidades sometidas a su control, en los que se demuestre la situación de cada una de estas y la del sector en su conjunto;

r) Fijar las reglas generales que deban seguir las ESE en su contabilidad, sin perjuicio de la autonomía reconocida a estas para escoger y utilizar métodos accesorios, siempre que estos no se opongan directa o indirectamente a las instrucciones generales impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud;

s) Practicar visitas de inspección a las entidades vigiladas, con el fin de obtener conocimiento de su situación financiera o de aspectos especiales que se requieran;

t) Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional en las instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el Estado;

u) Inspeccionar y vigilar las EAS en los términos previstos en la presente ley y en las demás normas que regulan la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud;

v) Brindar asistencia técnica e instruir a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de las normas del sistema.

Artículo 148. *Recursos para la Operación de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia tendrá para su operación además de los recursos con los que actualmente cuenta, los provenientes de la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998 y anualmente el Gobierno Nacional le asignará en el presupuesto nacional, como mínimo, un monto igual al recaudado por la tasa en la vigencia del año inmediatamente anterior, además de los recursos provenientes del 0,5% de las UPC de los Regímenes Contributivo y Solidario.

Artículo 149. *Reglamentación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Integral de la Seguridad Social en Salud.* El Gobierno Nacional, en un período no superior a tres (3) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, reglamentará el sistema de inspección, vigilancia y control del Sisalud.

Artículo 150. *Direcciones Territoriales de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Integral de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud descentralizará sus funciones de inspección, vigilancia y control; creando las direcciones respectivas en cada departamento o distrito.

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

De igual forma, la Superintendencia Nacional de Salud, apoyará sus actuaciones de inspección, vigilancia y control, en las Direcciones territoriales de Salud, las cuales aportarán la información necesaria y requerida, en forma oportuna a las Direcciones Territoriales de Inspección, Vigilancia y Control, contribuyendo a la eficacia de este sistema.

Artículo 151. *Interventoría y Auditoría al Sisalud.* A fin de contar con personas naturales o jurídicas idóneas para ejercer la interventoría y auditoría al Sisalud, se crea un Procedimiento Unico de Habilitación y Registro de Entidades Interventoras y Auditoras, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, el cual será requisito obligatorio para el cumplimiento de estos procesos dentro del Sistema Integral de Salud.

Artículo 152. *Revisoría Fiscal.* Las EAS cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal, designado por la asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el Libro II, Título I, Capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto, sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.

Corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud dar posesión al Revisor fiscal de tales entidades. Cuando la designación recaiga en una asociación o firma de contadores, la diligencia de posesión se realizará al representante legal de la asociación o firma que sea designado por la misma para ejercer la revisoría fiscal. La posesión solo se efectuará una vez el Superintendente se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del mismo.

Las Redes Integradas de Servicios e IPS deberán contar con un revisor fiscal, designado por la asamblea general de accionistas o socios o por la Junta Directiva, en el caso de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo. Para la inscripción en el registro mercantil del nombramiento de los revisores fiscales, se exigirá por parte de las Cámaras de Comercio copia de la correspondiente acta de posesión del revisor fiscal.

Artículo 153. *Control Interno.* Las entidades públicas del Sistema están obligadas a desarrollar el Sistema de Control Interno y alcanzar los objetivos del mismo establecidos en la Ley 87 de 1993, no obstante las entidades privadas deberán contar con sistemas de control y autocontrol de acuerdo a su naturaleza.

Artículo 154. *Vigilancia de las Entidades Cooperativas del Sector Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud realizará la inspección, vigilancia y control respecto de las entidades de naturaleza cooperativa del sector salud en torno al cumplimiento de las normas del sector así como sobre las materias atinentes al funcionamiento de estas.

Artículo 155. *Control Social.* Sin perjuicio de los demás mecanismos de control y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de la prestación de los servicios por parte de EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS, estas serán objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social para tal efecto.

Los Colegios y asociaciones de Profesionales de la Salud, así como los Sindicatos del Sector Salud y de la Seguridad Social podrán ejercer control social y técnico a las políticas, programas, recursos y entidades del Sistema.

Los hallazgos y resultados del ejercicio de este control social, será de obligatorio reporte a la Superintendencia Nacional de Salud, la Red de Controladores y el Defensor del Paciente, quienes de manera oficiosa deberán iniciar los procesos a que haya lugar.

Artículo 156. *Del defensor del paciente.* Cada EAS con carácter obligatorio, contará con un defensor del paciente, cuya función será la de ser vocero de los usuarios, ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos, relativas a la prestación de los servicios clínicos y administrativos, brindados por la EAS y las Redes Integradas contratadas por estas. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante, siempre y cuando estas no interfieran con la autonomía del acto del profesional de la salud, copia de ellas serán remitidas a la Superintendencia Nacional de Salud. El Defensor será elegido por los usuarios de las EAS, tanto del Régimen Contributivo como del Solidario respectivamente, de manera autónoma y democrática, su costo será asumido por la Superintendencia Nacional de Salud.

El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la vigencia de la presente Ley para reglamentar su estructura, atribuciones y operatividad.

Parágrafo 1°. A la EAS, que vulnere la independencia del defensor del paciente, la Superintendencia Nacional de Salud le impondrá sanciones que serán hasta por el 2% del valor del contrato para las Entidades Administradoras del Régimen Solidario y del 2% de las UPC efectivamente compensadas en el último mes para las del Régimen Contributivo. Este recaudo se destinará a cancelar al usuario por el gasto incurrido y el excedente para las subcuentas de Solidaridad o Compensación del Fosyga, según sea el origen del caso que lo suscitó. Cada vez que la EAS reincida, se duplicará el valor de la multa. Si el número de reincidencias es de tres, será cancelada su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

Parágrafo 2°. Una vez al año, el Defensor del Usuario convocará lo más ampliamente posible un acto público de rendición de cuentas, para presentar a sus defendidos el balance de su gestión y resultados de su desempeño.

Artículo 158. *Participación y control social*. Las garantías en participación y control social son el conjunto de escenarios, mecanismos y acciones destinadas a fomentar y desarrollar el ejercicio de la participación de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales.

Parágrafo. La Crsisalud reglamentará la forma de adaptación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración y fortalecimiento en los territorios y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la red de controladores que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

TITULO VIII
LA TRANSICION DEL SISTEMA

Artículo 159. *Régimen de Transición.* El Sistema Integral de Salud, con todas las entidades y elementos que lo conforman, tendrá un plazo máximo de un año, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para adecuar su funcionamiento, salvo los plazos expresamente señalados en la presente ley.

Artículo 160. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular lo establecido en los Libros II y III de la Ley 100 de 1993.

De los honorables Representantes a la Cámara,

Atentamente,

María Isabel Urrutia O., Venus Albeiro Silva G.,

Representantes a la Cámara.

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2006