



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

[www.imprenta.gov.co](http://www.imprenta.gov.co)

ISSN 0123 - 9066

AÑO XIV - Nº 309

Bogotá, D. C., martes 31 de mayo de 2005

EDICION DE 48 PAGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMON OTERO DAJUD

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

[www.secretariassenado.gov.co](http://www.secretariassenado.gov.co)

ANGELINO LIZCANO RIVERA

SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA

[www.camara.gov.co](http://www.camara.gov.co)

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

## SENADO DE LA REPUBLICA

### PONENCIAS

#### PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2004 SENADO

*por medio de la cual se regula el uso del correo electrónico comercial no solicitado (Spam) y se dictan otras disposiciones.*

Honorables Senadores:

El Proyecto de ley número 142 de 2004, *por medio de la cual se regula el uso del correo electrónico comercial no solicitado (Spam) y se dictan otras disposiciones*, presentado a vuestra ilustrada consideración por el honorable Senador Samuel Moreno Rojas, tiene una gran trascendencia y suscita numerosas reflexiones en torno a la delicadeza y complejidad que comporta el tema.

Para cumplir con el señalado honor que me concedió la Mesa Directiva de la Comisión Sexta Constitucional Permanente del honorable Senado de la República al designarme ponente de este importante proyecto de ley, sostuvimos intensas reuniones y realizamos innumerables consultas con los representantes del sector del cual recibimos muy significativos aportes que contribuyeron a esclarecer las dudas existentes y a enriquecer en gran manera el debate sobre la dicha materia.

Partiendo de la consideración de que el correo electrónico no solicitado, denominado "Spam" en idioma inglés, constituye un elemento perturbador para la buena marcha del sistema "Internet" dado que, según estudios especializados, el mencionado correo electrónico ocupa más del 60% del sistema.

Sobre este tema el autor del proyecto, honorable Senador Samuel Moreno Rojas afirma: "En Latinoamérica, el desarrollo de la legislación anti-Spam y sobre los delitos informáticos es de reciente data. Los inicios de las primeras iniciativas sobre regulación en materia de TI fueron marcados por un claro énfasis en el desarrollo de normativa sobre firmas electrónicas y comercio en línea.

Pocos países dedicaron esfuerzos por ofrecer regulación sobre delitos informáticos. En una fase posterior, los países fueron identificando la necesidad de ofrecer mecanismos legales que corrigieran el grave problema de la inseguridad tecnológica (v. gr. Hacking, cracking, pornografía infantil, etc.). Así, las iniciativas normativas para prevenir el creciente problema del Spam, surgen en una tercera fase, promovidas principalmente por un cambio de paradigma en la concepción del Spam, es decir, los países latinoamericanos dejan de percibir al Spam como un simple inconveniente que no amerita una atención especial, para entender este fenómeno como un verdadero problema para la seguridad de los usuarios

y la viabilidad del Internet y el comercio electrónico. En la actualidad, pocos países ofrecen una legislación específicamente diseñada para regular el problema del Spam".

En este orden de ideas el proyecto en mención persigue:

- Asegurar la reducción significativa del Spam;
- Preservar el control del consumidor sobre la recepción, filtro y eliminación de sus mensaje de correo electrónico;
- Ofrecer claridad normativa para aquellos anunciantes que procuren el uso del correo electrónico, y
- Preservar los mecanismos existentes utilizados por los proveedores de servicios para combatir el Spam.

Como puede observarse, las metas propuestas por el proyecto de ley de la referencia son de gran trascendencia y por lo mismo es recomendable para el segundo debate en el honorable Senado de la República, allegar abundante información sobre el tema y debatir las interesantes propuestas formuladas por numerosos representantes del sector.

Considerando las reflexiones antecedentes, me permito someter a vuestra ilustrada consideración la siguiente

#### Proposición

Dese primer debate sin modificaciones al Proyecto de ley número 142 de 2004, *por medio de la cual se regula el uso del correo electrónico comercial no solicitado (Spam) y se dictan otras disposiciones.*

Honorables Senadores,

*María Isabel Mejía Marulanda,*  
Senadora de la República.

#### TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 142 DE 2004 SENADO

*por medio de la cual se regula el uso del correo electrónico comercial no solicitado (Spam) y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto de la ley y definiciones.* La presente ley regula el envío de comunicaciones comerciales publicitarias o promocionales no solicitadas, realizadas por vía electrónica, sin perjuicio de la aplicación de las disposiciones vigentes en materia comercial sobre publicidad y protección al consumidor. A esos fines, definimos los siguientes términos:

a) **Correo Electrónico Comercial** - cualquier mensaje de correo electrónico cuyo propósito principal es el anuncio o promoción de un producto o servicio comercial, incluyendo el contenido de sitios en la Internet que son operados para fines comerciales;

b) **Receptor o destinatario** - el usuario autorizado de una dirección de correo electrónico al que el mensaje o correo electrónico fue enviado. Si el receptor de un mensaje de correo electrónico comercial tiene más de una dirección o más de una cuenta de correo electrónico, se le tratará como un receptor o destinatario independiente en relación con cada una de esas direcciones o cuentas;

c) **Remitente** - la persona natural o jurídica que emite, directamente o a través de un tercero, un mensaje de correo electrónico y cuyo producto, servicio o sitio en la Internet es anunciado o promocionado por el mensaje. Para efectos de esta definición, si una entidad opera a través de unidades de negocio o divisiones separadas, y la unidad de negocio o división se representa como tal (en vez de como la entidad a la que pertenece) en el mensaje al receptor, entonces dicha unidad de negocio o división se considerará como el remitente del mensaje para efectos de esta ley.

**Artículo 2º. Correo electrónico comercial no solicitado. Todo correo electrónico comercial, promocional o publicitario no solicitado debe contener:**

a) La palabra “**publicidad**”, o la frase “**Publicidad para adultos**” de ser el caso, en el campo del “asunto” del mensaje.

Si el contenido del mensaje tiene relación con la venta o distribución de bienes y/o servicios de contenido sexual, que sólo deben ser leídos o adquiridos por mayores de edad, se incluirá la palabra *publicidad para adultos*;

b) Nombre o denominación social, domicilio completo y dirección de correo electrónico válida de la persona natural o jurídica que emite el mensaje;

c) La inclusión de una dirección de correo electrónico válido y activo, o la inclusión de otros mecanismos basados en Internet que permita al receptor manifestar su voluntad de no recibir mensajes adicionales (t.c.c. Mecanismo de “opt out”).

**Artículo 3º. Correo electrónico comercial no solicitado considerado ilegal.** El correo electrónico comercial no solicitado será considerado ilegal en los siguientes casos:

a) No cumpla con alguno de los requisitos establecidos en el artículo 2º de la presente ley;

b) Contenga nombre falso o información falsa que imposibilite o entorpezca los esfuerzos del receptor, el proveedor de servicio de Internet, el proveedor del servicio de correo electrónico, la persona que ha denunciado la violación a este artículo u oficiales de gobierno, de identificar, localizar o responder a la persona que inició o emitió el correo electrónico, o de investigar la presunta violación de esta ley. La información a la que se refiere este inciso incluye, pero no está limitada a, los requisitos descritos en el inciso b) del artículo 2º, al igual que a la información que identifique la dirección de IP (“Internet Protocol”) y toda otra información que sea de utilidad para confirmar en dónde se originó el mensaje. Esta última incluye pero no está limitada a la información de encabezado del mensaje de correo electrónico, la cual contiene información sobre la fuente del mensaje (tal como la dirección de correo electrónico y nombre de dominio de donde se originó el mensaje), destino e información de la ruta de transmisión del mismo;

c) Sea enviado mediando el uso de la dirección de Internet o del nombre de dominio de un tercero, sin el consentimiento de este último;

d) Contenga información falsa o engañosa en el campo del “asunto”, que no coincida con el contenido del mensaje, o

e) Se envíe o transmita después de pasados 10 días calendario desde que el destinatario haya formulado el pedido para que no se envíe dicha publicidad, a sabiendas de que dicho pedido había sido formulado.

**Artículo 4º. Excepciones que no dan lugar a acciones legales, judiciales, ni sanciones.** El envío de correo electrónico comercial no solicitado no

dará lugar a las acciones y sanciones previstas en la presente ley en los siguientes casos:

a) Cuando el receptor tenga o haya tenido relación comercial previa con la persona que envía el correo electrónico y no haya mediado una notificación mediante el mecanismo descrito en el artículo 2º, inciso c);

b) Cuando el receptor ha manifestado su aceptación o autorización para recibir el mensaje de correo electrónico enviado, o

c) Cuando la recepción de correo electrónico comercial no solicitado sea la condición que un proveedor de correo electrónico ha establecido para otorgar al usuario o usuarios acceso gratuito al servicio de correo electrónico.

**Artículo 5º. Derechos de los destinatarios de comunicaciones comerciales.** Los destinatarios de comunicaciones comerciales o publicitarias tienen los siguientes derechos:

a) El destinatario podrá revocar en cualquier momento el consentimiento prestado a la recepción de comunicaciones comerciales con la simple notificación de su voluntad al remitente a través del mecanismo requerido por el inciso c) del artículo 2º;

b) Los prestadores de servicios deberán habilitar procedimientos efectivos para que los destinatarios de servicios puedan revocar el consentimiento que hubieran prestado.

**Artículo 6º. Notificación previa.** Previo al inicio de cualquier reclamación bajo esta ley por la violación de lo provisto en los artículos 2º c) y 3º e), el destinatario deberá acreditar haber notificado previamente a la persona natural o jurídica que los envió, su deseo de no recibirlos en adelante.

**Artículo 7º. Responsabilidad.** Toda persona que envíe o provoque el envío de correos electrónicos en violación de la presente ley es responsable y deberá indemnizar al receptor de la comunicación.

**Artículo 8º. Acciones legales.** El receptor del correo electrónico no solicitado ilegal, podrá iniciar acción judicial por daños y perjuicios.

**Artículo 9º. Derecho a indemnización.** El receptor de correo electrónico ilegal, en lugar de percibir una indemnización por los daños y perjuicios efectivamente ocasionados, podrá optar por recibir de la persona que lo haya enviado, el equivalente a treinta (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada uno de los mensajes de correo electrónico transmitidos en contravención de la presente ley.

**Artículo 10. Exención de responsabilidad.** No procederá acción alguna contra el proveedor de servicios de correo electrónico o el proveedor de servicio de Internet que simplemente transmita el mensaje de correo electrónico a través de su red informática o de telecomunicaciones basado en la información sobre el receptor o destinatario provista por el usuario del servicio o por un tercero.

**Artículo 11. Indemnización a favor del proveedor de servicios.** El proveedor de servicio de acceso a Internet o correo electrónico que haya sufrido perjuicio con el envío de correo electrónico comercial ilegal, podrá reclamar en la vía judicial una indemnización por los daños y perjuicios causados a tenor de lo establecido en el artículo 9º.

Asimismo, la ley reconocerá la validez de los acuerdos o códigos de conducta que fijen los proveedores de servicios de correo electrónico, acceso a Internet, entidades de mercadeo y otros que utilicen el correo electrónico comercial, o los gremios que los representen, en donde se definan políticas o lineamientos de conducta coherentes con el espíritu de la presente ley. Una vez reconocida su validez, estos proveedores o los miembros de estos gremios podrán contar con un sello u otro reconocimiento indicativo de que sus políticas han sido avaladas por el Estado. Adicionalmente, estos proveedores o los miembros de tales gremios podrán ser exentos de cumplir con el requisito de rotulación impuesto por el artículo 2º, inciso a).

**Artículo 12. Autoridad competente.** En adición a la jurisdicción y competencia de los juzgados sobre las acciones contempladas en los artículos 8º al 11, Superintendencia de Industria y Comercio, estará facultada para aplicar la presente ley y dictar las medidas administrativas complementarias para su cabal cumplimiento.

Artículo 13. Multa. La Superintendencia de Industria y Comercio podrá aplicar una multa de hasta por el equivalente a dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes dependiendo de la gravedad de la infracción, a toda persona natural o jurídica que envíe mensajes de correo electrónico en contravención de la presente ley.

Artículo 14. *Venta de base de datos y de direcciones electrónicas obtenidas ilegalmente y recolección fraudulenta.* Se prohíbe la recolección fraudulenta o maliciosa de direcciones de correo electrónico de sitios de acceso público tales como sitios de charla (“Chat rooms”), directorios públicos, grupos receptores de noticias (“newsgroups”) y servicios de perfiles en línea, sin la autorización del titular del correo electrónico o del operador del sitio de acceso público.

Se prohíbe la creación, venta, préstamo, intercambio o cualquier tipo de transferencia de listas de direcciones electrónicas para el envío de mensajes comerciales no solicitados cuando dicha lista haya sido creada ilegalmente o sin el consentimiento del receptor o destinatario del correo electrónico.

La persona natural o jurídica que incumpla lo dispuesto en el presente artículo será sancionada con una multa hasta por el equivalente a mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin perjuicio del decomiso de los productos y/o la clausura del local a que hubiere lugar.

Artículo 15. *Reglamentación.* La Superintendencia de Industria y Comercio reglamentará la presente ley en el plazo de sesenta (60) días de su publicación.

Artículo 16. *Prevalencia de las leyes de protección al consumidor.* La presente ley se aplicará sin perjuicio de las normas vigentes en materia de protección al consumidor.

Artículo 17. *Vigencia y derogatoria.* La presente ley rige desde la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

\* \* \*

**PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO  
DE LEY NUMERO 165 DE 2003 CAMARA,  
239 DE 2005 SENADO**

*por la cual se vincula el núcleo familiar de las Madres Comunitarias al Sistema General Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D.C., mayo 25 de 2005

Doctor

GUSTAVO ENRIQUE SOSA PACHECO

Vicepresidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Senado de la República

Ciudad

Respetado doctor Sosa:

En cumplimiento con lo dispuesto por la Mesa Directiva de la honorable Comisión Séptima del Senado de la República, me permito rendir ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 239 de 2005 Senado y 165 de 2003 Cámara, *por la cual se vincula el núcleo familiar de las Madres Comunitarias al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, cuyo autor es el honorable Representante a la Cámara, doctor Buenaventura León León.

**1. Antecedentes**

El presente proyecto de ley es de iniciativa congresual, presentado por el honorable Representante doctor Buenaventura León León, radicado en la Secretaría General de la Cámara de Representantes el 14 de noviembre de 2003.

Mediante comunicado de fecha 19 de noviembre de 2003, por instrucción de la Mesa Directiva fueron designados ponentes para primer debate del presente proyecto de ley, los honorables Representantes Juan de Dios Alfonso García y Edgar Fandiño Cantillo.

En sesión ordinaria del 28 de abril de 2004 se anunció el proyecto de ley, y en esa misma fecha radicarón ponencia para primer debate los honorables Representantes Juan de Dios Alfonso García y Edgar Fandiño Cantillo. En sesión del 11 de mayo de 2004, se puso a consideración para

la votación y aprobación de la ponencia para primer debate con el texto propuesto del proyecto en mención. Pero por solicitud de los mismos ponentes a la Comisión, la discusión y votación del proyecto de ley fue aplazado por unanimidad, según consta en Actas números 5 y 7 de las sesiones de los días 11 y 25 de mayo de 2004. Posteriormente, en sesión del 1º de junio de 2004, fue aprobada la ponencia para primer debate con texto propuesto por su autor, según Acta número 11.

En fecha 2 de junio de 2004, fueron asignados ponentes para segundo debate los honorables Representantes Juan de Dios Alfonso García, Carlos Ignacio Cuervo Valencia, Carlos Augusto Celis Gutiérrez, Pompilio Avendaño Lopera, Elías Raad Hernández, María Isabel Urrutia Ocoró, Miguel Angel Durán Gelvis, Venus Albeiro Silva Gómez, Germán Aguirre Muñoz y José Gonzalo Gutiérrez. Los ponentes del proyecto de ley para segundo debate radicarón ponencia y pliego de modificaciones ante el Presidente de la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes el 26 de octubre de 2004.

El 26 de octubre de 2004 los ponentes presentaron ante el Presidente de la Cámara de Representantes la ponencia con el pliego de modificaciones al texto propuesto por el autor del proyecto.

En sesión plenaria del día 13 de diciembre de 2004 fue considerada y aprobada en segundo debate la ponencia del Proyecto de ley número 163 de 2003 Cámara, con la proposición supresiva del artículo 3º presentada por el honorable Representante Carlos Ignacio Cuervo, como consta en Acta de Sesión Plenaria número 153.

En fecha 16 de diciembre de 2004, fue remitido a la Presidencia del Senado el Proyecto de ley número 165 de 2003 Cámara, *por la cual se vincula el núcleo familiar de las Madres Comunitarias al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* con sus respectivas modificaciones. El cinco (5) de abril de 2005, fui asignada ponente para primer debate en la Comisión Séptima del Senado de la República.

**2. Constitucionalidad del proyecto**

El presente proyecto de ley cumple con lo dispuesto en los artículos 154 y 158 de la Constitución Nacional en relación con la iniciativa legislativa y la unidad de materia de los proyectos de ley presentados por alguna de las Cámaras.

Asimismo, la Constitución Nacional en su artículo 48 afirma que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio y que esta se deberá prestar bajo la dirección, coordinación y control del Estado, basándose en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se deduce de este artículo, que en el proyecto de ley que nos ocupa, le compete al Estado prestar la Seguridad Social a todos los colombianos, por cuanto la misma Carta Magna indica que este es de carácter obligatorio.

A su vez la Ley 100 de 1993, la cual fue creada con el fin de lograr la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el propósito de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad y, específicamente en el numeral tres (3) del artículo 6º plantea, como uno de sus objetivos “Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al Sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, Madres Comunitarias, accedan al Sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral”.

Por lo tanto, la ley establece que le compete al Estado ampliar la cobertura en salud teniendo en cuenta las diversas características de la población. En este caso en particular, las Madres Comunitarias no cuentan con los recursos suficientes para cotizar al Sistema y por lo tanto, no pueden recibir una atención integral en salud para su núcleo familiar; por lo tanto, se hace necesario dar cumplimiento con lo establecido en la ley.

Como complemento de lo anterior, la misma Ley 100 establece como uno de los fundamentos del servicio público, en su artículo 153, la equidad para proveer los servicios de salud de igual calidad a todos los

habitantes en Colombia, independientemente de la capacidad de pago, y con el propósito de evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable.

Por lo anteriormente expuesto, se colige que el marco constitucional y legal en materia de salud, le permite a las Madres Comunitarias recibir del Estado la cobertura integral de los servicios de salud a su núcleo familiar teniendo en cuenta sus particulares características como población vulnerable.

### 3. Objetivo del proyecto

El proyecto plantea como objetivo vincular el núcleo familiar de las Madres Comunitarias al Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo el régimen contributivo, y así lograr mayores beneficios en materia de calidad en la prestación de los servicios de salud para el núcleo familiar de la madre comunitaria.

### 4. Contenido del proyecto

Inicialmente el autor del proyecto presentó cuatro (4) artículos en su totalidad, los cuales buscan reformar los artículos 1º, 2º y 6º de la Ley 509 de 1999, los cuales hacen referencia a la vinculación de las Madres Comunitarias, junto con su núcleo familiar, al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se harán acreedoras a todas las prestaciones asistenciales y económicas del mismo.

El artículo 2º hace relación al Ingreso Base de Cotización, en el cual las Madres Comunitarias cotizarán para salud un valor equivalente al 8% de la suma que reciben por concepto de bonificación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. De igual manera, las Madres Comunitarias podrán pagar directamente el valor de los aportes a la Entidad Promotora de Salud donde se encuentren afiliadas en las mismas fechas conforme las normas vigentes en materia de recaudo de aportes. Para ello, deberán anexar a la liquidación mensual una certificación expedida por la Entidad contratante del respectivo Hogar Comunitario con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y en ella debe constar la prestación de los servicios a la comunidad durante el período al que corresponde la cotización. Se mantiene en el proyecto que será de exclusividad de las Madres Comunitarias el valor que ellas cobran a los padres usuarios.

El artículo 3º modifica el artículo 6º de la Ley 509 de 1999, ya que plantea que el subsidio a la cotización para pensión será equivalente al total de la cotización para pensión y su duración se extenderá por el término en que la Madre Comunitaria ejerza la actividad. El 4º y último artículo trata de la vigencia y derogatorias.

Hay que destacar que el artículo 3º del proyecto de ley fue eliminado en Sesión Plenaria de diciembre 13 de 2004, según proposición supresiva del honorable Representante Carlos Ignacio Cuervo, la cual fue aprobada por unanimidad.

### 5. Análisis del proyecto

Teniendo en cuenta que la Constitución Política y la Ley 100 de 1993 garantizan la seguridad social por cuanto es un servicio público de carácter obligatorio y, en especial se tienen en cuenta los grupos sociales que son vulnerables por su situación económica, se hace necesario realizar una revisión a la situación de las Madres Comunitarias en Colombia, pues ellas prestan un servicio social a su comunidad y no logran recibir del Estado los beneficios integrales para la atención en salud de su grupo familiar.

De acuerdo con la Ley 509 de 1999, “por la cual se disponen unos beneficios en favor de las Madres Comunitarias en materia de Seguridad Social y se otorga un Subsidio Pensional”, se establece que las Madres Comunitarias son acreedoras a título personal de las mismas prestaciones asistenciales y económicas de que gozan los afiliados del régimen contributivo, y su grupo familiar adquiere el derecho a la prestación del servicio de salud, como afiliados prioritarios del régimen subsidiado.

De igual forma, las Madres Comunitarias cotizan mensualmente como aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud un ocho por ciento (8%), sobre la suma que ellas reciben por concepto de bonificación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Si esa bonificación es inferior a la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente, entonces

se deberá liquidar ese aporte sobre el cincuenta (50%), del salario mínimo mensual vigente.

Sin embargo, en la práctica se observa que las Madres Comunitarias no logran reunir un salario mínimo legal mensual vigente, y sí deben por lo tanto, cumplir con la obligación de cotizar para salud sobre esa base del cincuenta por ciento (50%). En materia laboral, el aporte a salud es del doce por ciento (12%), en donde el empleador aporta el ocho por ciento (8%) y el trabajador el cuatro por ciento (4%), sobre un salario mínimo mensual vigente.

Las Madres Comunitarias no cuenta con una figura que haga las veces de empleador, para que les aporte un ocho por ciento (8%) y por el trabajo social que ellas realizan, no les permite obtener el dinero suficiente para reunir un salario mínimo mensual vigente y así ser más equitativo el aporte a salud. Sumado a ello, las Madres Comunitarias no son trabajadores independientes, pues tienen una limitante y es que su labor es netamente social, y para ello están autorizadas por la ley y bajo la tutela del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, quien les entrega la bonificación mensual y les limita el número de niños posibles que cada una pueda recibir. De tal suerte que el ICBF no se constituye en un empleador, pero si este ejerce una función de supervisión y ayuda, por cuanto las Madres Comunitarias reciben y atienden niños de las madres que deben trabajar y no cuentan tampoco con los recursos económicos suficientes para ingresarlos a jardines infantiles privados, los cuales sí tienen una relación comercial con los padres de familia y en consecuencia hay un fin lucrativo.

Siendo por lo tanto, la labor de las Madres Comunitarias netamente social y sin ánimo de lucro como las empresas, es apenas entendible que el Estado les brinde la oportunidad de ingresar el grupo familiar al Régimen Contributivo, para obtener mejores beneficios en salud y por ende, como estas madres no cuentan con un empleador, se les debe considerar su situación y llevar a que el aporte se efectúe sobre el cuatro por ciento (4%), y no sobre el ocho, ya que sus ingresos son insuficientes.

### Conclusión

En mérito a lo anteriormente expuesto, me permito presentar a la honorable Comisión Séptima del Senado de la República, en sesión la siguiente:

### Proposición

Dese primer debate al Proyecto de ley número 165 de 2003 Cámara y 239 de 2005 Senado, *por la cual se vincula el núcleo familiar de las Madres Comunitarias al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

De los honorables Senadores,

*Flor M. Gnecco Arregocés,*

Senadora de la República, Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de mayo del año dos mil cinco (2005). En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

La Presidenta,

*Flor Modesta Gnecco Arregocés.*

El Secretario,

*Germán Arroyo Mora.*

**TEXTO DEFINITIVO PROPUESTO A LA HONORABLE  
COMISION SEPTIMA DEL SENADO DE LA REPUBLICA  
PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO  
165 DE 2003 CAMARA, 239 DE 2005 SENADO**

*por la cual se vincula el núcleo familiar de las Madres Comunitarias al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. El artículo 1º de la Ley 509 de 1999 quedará así:

**Artículo 1º. Afiliación.** Las Madres Comunitarias del Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se afiliarán con su grupo familiar al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se harán acreedoras de todas las prestaciones asistenciales y económicas del mismo.

Parágrafo 1º. Las prestaciones económicas a que se refiere el presente artículo se liquidarán con base en las sumas que efectivamente reciban las Madres Comunitarias por concepto de bonificación prevista por los reglamentos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Artículo 2º. El artículo 2º de la Ley 509 de 1999 quedará así:

**Artículo 2º. Ingreso Base de Cotización.** Las Madres Comunitarias cotizarán mensualmente como aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud un valor equivalente al cuatro por ciento (4%) de la suma que reciben por concepto de bonificación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Parágrafo. Las Organizaciones Administradoras del Programa Hogares de Bienestar recaudarán las sumas citadas, mediante la retención y giro del porcentaje descrito, a la Entidad Promotora de Salud, EPS, escogida por la Madre Comunitaria, dentro de la oportunidad prevista por la ley para el pago de las cotizaciones.

Las tasas de compensación que las Madres Comunitarias cobran a los padres usuarios serán de su propiedad exclusiva.

Artículo 3º. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

*Flor M. Gnecco Arregocés,*

Senadora de la República, Ponente.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de mayo del año dos mil cinco (2005). En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

La Presidenta,

*Flor Modesta Gnecco Arregocés.*

El Secretario,

*Germán Arroyo Mora.*

\* \* \*

**PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO  
DE LEY NUMERO 285 DE 2005 SENADO,  
129 DE 2004 CAMARA**

*por medio de la cual se reglamenta el voto de extranjeros  
residentes en Colombia.*

Doctor

MAURICIO PIMIENTO BARRERA

Presidente

Comisión Primera Constitucional Permanente

Honorable Senado de la República

La ciudad

Respetado señor Presidente:

Dando cumplimiento a la Ley 5ª de 1992, y por encargo que nos hiciera la Mesa Directiva de esta Comisión, pasa rendir ponencia para primer debate Senado al Proyecto de ley número 285 de 2005 Senado, 129 de 2004 Cámara, *por medio de la cual se reglamenta el voto de extranjeros residentes en Colombia*, el cual viene de la Comisión Primera y de la Plenaria de la honorable Cámara de Representantes, en los siguientes términos:

**Antecedentes**

El presente proyecto de ley fue radicado ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes el día 20 de agosto de 2004 por el honorable Representante a la Cámara Luis Fernando Velasco Chávez y por el suscrito ponente.

Por tratarse de una Ley Estatutaria, la presente iniciativa fue enviada a la Comisión Primera, en donde fueron designados ponentes los

honorables Representantes José Luis Arcila Córdoba, Iván Díaz Matéus, Alberto Jaimes Ochoa y Barlahán Henao Hoyos, este último como Ponente Coordinador.

Los ponentes rindieron ponencia favorable para primer y segundo debate con algunos cambios consignados en los respectivos pliego de modificaciones, los cuales a su vez fueron complementados a través de proposiciones en las instancias correspondientes, atendiendo algunas de las recomendaciones efectuadas por la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Departamento Administrativo de Seguridad (DAS).

Surtido el respectivo trámite en la Cámara de Representantes, el proyecto fue enviado a la Presidencia del Senado de la República, que a su vez lo remitió a la pertinente Comisión Primera, cuya mesa directiva designó al suscrito como ponente de este proyecto.

**Consideraciones del ponente**

*Introducción*

La elaboración de este proyecto parte del convencimiento de los autores en el sentido de que “los extranjeros residentes en Colombia son personas que día a día viven el acontecer nacional y que por sus actuaciones hacen parte de la vida ciudadana de Colombia”<sup>1</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior, el proyecto pretende desarrollar el artículo 100 de la Carta Política, el cual en su segundo inciso reza que “los derechos políticos se reservan a los nacionales, pero la ley podrá conceder a los extranjeros residentes en Colombia el derecho al voto en las elecciones y consultas populares de carácter municipal o distrital”.

Cada uno de los informes de ponencia para primer y segundo debate en la Cámara de Representantes propone un pliego de modificaciones, el cual es justificado en cada uno de tales escritos. Además, en el informe para primer debate, los ponentes hicieron una completa exposición en la que señalaron los antecedentes históricos de la protección de los extranjeros en los Estados, en Latinoamérica y Colombia; una reseña sobre la discusión dada en la Asamblea Constituyente que dio origen al mencionado artículo 100 constitucional; y señalan un marco normativo sobre el voto de extranjeros, utilizando nuestra Constitución y legislación comparada (Unión Europea, Suiza, Argentina, Venezuela, Perú y Chile). En la ponencia para segundo debate se transcribió lo anterior, lo cual se complementó con unas reflexiones relacionadas con los temas del derecho a la igualdad, la soberanía y reciprocidad.

En el presente informe no se transcribirán las anteriores consideraciones por estar ya consignadas en tales escritos<sup>2</sup>. Aquí únicamente se explicará el texto aprobado en la plenaria de la honorable Cámara, el cual el suscrito ponente comparte a plenitud.

Explicación del articulado aprobado en Cámara.

• **Artículo 1º.**

“Se otorga el derecho a participar en elecciones y consultas populares de carácter municipal y distrital, a aquellos extranjeros residentes en Colombia, fundamentado en el artículo 100 de la Constitución Nacional. Se adiciona que tal ejercicio debe realizarse en el último lugar fijado como domicilio, en razón al desarrollo de aquellas actividades sociales como económicas”<sup>3</sup>.

• **Artículo 2º.**

Se señala en qué elecciones pueden participar los extranjeros.

• **Artículo 3º.**

Se hace una remisión en materia de consultas populares a la disposición pertinente de la Ley 134 de 1994 sobre mecanismos de participación.

• **Artículo 4º.**

En primer término, en esta disposición se señala el lugar y los requisitos para la inscripción que permita a los extranjeros votar. En

<sup>1</sup> Fragmento tomado de la exposición de motivos del proyecto de ley.

<sup>2</sup> Para ver en detalle estos temas, véanse las ponencias para primer y segundo debate en Cámara de Representantes, sobre el presente proyecto de ley.

<sup>3</sup> Fragmento tomado de la Ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes.

cuanto a lo primero, se dispone que sea la Registraduría Nacional del Estado Civil “con el fin de tener una información nacional unificada y para efectos de conformar el respectivo censo electoral”<sup>4</sup>.

En cuanto a los requisitos de inscripción, se dispone la obligación de presentar la cédula de extranjería. En las ponencias para primero y segundo debate se incluía también la necesidad de presentar el pasaporte y la Visa de Residente Calificado. A este respecto los ponentes en la honorable Cámara señalaron:

“Respecto a la exigencia de documentos como cédula de extranjería, pasaporte y la Visa de Residente Calificado, al momento de la inscripción, tiene fundamento en dos aspectos: el primero, la cédula de extranjería *es el medio de identificación de los extranjeros* que ingresan legalmente al país, con el propósito de residir temporal o permanentemente. Segundo, la Visa de Residente Calificado se otorga a aquellos extranjeros que hayan sido titulares de Visa Temporal durante cinco (5) años continuos e ininterrumpidos, y soliciten su expedición, *con lo cual se integra el requisito del tiempo mínimo de residencia en el país*”.

Sin embargo, mediante proposición del honorable Representante José Luis Arcila Córdoba, se suprimieron los requisitos de pasaporte y Visa de Residente Calificado, teniendo en cuenta que “los extranjeros residentes en Colombia que tienen cédula de extranjería cuentan necesariamente con los requisitos de presentación del respectivo pasaporte y de la visa de residente, razón por la cual con la exigencia de un solo requisito se da por sentado el de los tres inicialmente presentados”<sup>5</sup>.

En segundo término, el parágrafo 1º “delega en cabeza de la Registraduría Nacional del Estado Civil la inscripción de los extranjeros residentes en Colombia en listados aparte, con el fin de tener una información nacional unificada y para efectos de conformar el respectivo censo electoral”<sup>6</sup>.

Y en tercer término, el parágrafo 2º señala que “el Consejo Nacional Electoral será el competente de reglamentar lo correspondiente al procedimiento del ejercicio del sufragio para las elecciones y consultas populares de carácter municipal y distrital”<sup>7</sup>.

• **Artículo 5º.**

Esta disposición consagra los requisitos que los extranjeros residentes en Colombia habilitados para votar en las elecciones y consultas populares distritales y municipales cumpliendo los siguientes requisitos:

• **Artículo 6º.**

Se señala que los extranjeros residentes en Colombia, en uso de las facultades que la presente ley otorga, tendrán los mismos estímulos que los ciudadanos colombianos.

• **Artículo 7º.**

Se señala la vigencia de la ley.

**Proposición**

Dese primer debate al Proyecto de ley número 285 de 2005 Senado, 129 de 2004 Cámara, *por medio de la cual se reglamenta el voto de extranjeros residentes en Colombia*, con el articulado aprobado en segundo debate en la sesión plenaria de la honorable Cámara de Representantes del día 26 de abril de 2005, sin modificación alguna.

De los señores Congresistas,

*Rafael Pardo Rueda,*

Senador de la República, Ponente.

\* \* \*

**PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004 SENADO**

*por la cual se modifican 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.*

Bogotá, D. C., mayo 31 de 2005.

Doctora

FLOR MODESTA GNECCO ARREGOCES

Presidenta

Honorable Comisión Séptima

Senado de la República

E. S. M.

Respetada doctora:

Dando cumplimiento al deber de presentar ponencia para segundo debate al Proyecto de ley 052 de 2004 Senado, *por la cual se modifican el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política*, y sus proyectos acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado, cuyos contenidos se relacionan con cambios totales y parciales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente en lo relacionado con competencias y recursos, entregamos a usted la exposición de motivos y el articulado propuesto para la ponencia, *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 Seguridad Social en Salud*.

**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 dirección, aseguramiento, salud pública, prestación de servicio, financiación, flujo de recursos, Sistema de Información e Inspección, Vigilancia y Control, además de ratificar la responsabilidad por parte del Estado de la dirección, prestación, coordinación, control y desarrollo armónico y coherente en la implementación del sistema.

1. El Proyecto de ley número 019 de 2004 Senado, presentado por los Senadores Luis Carlos Avellaneda, Carlos Gaviria, Piedad Córdoba, Bernardo Alejandro Guerra y los Representantes Wilson Borja, Venus Albeiro Silva y Hermínsul Sinisterra, 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.

2. El Proyecto de ley número 031 de 2004 Senado, presentado por los Senadores Rafael Pardo, Eduardo Benítez, Dieb Maloof Cuse, Dilian Francisca Toro y el Representante Carlos Ignacio Cuervo, busca integrar los recursos que financian el Régimen Subsidiado en el Fondo Territorial para la Salud Colombia, Focos, y transformar las ARS en EPS del nuevo Régimen Subsidiado, **profundizando el denominado modelo de aseguramiento, con lo cual se incrementa el lucro de los intermediarios**.

3. El Proyecto de ley número 033 de 2004 Senado, presentado por el Senador Germán Vargas Lleras, busca **garantizar el derecho efectivo a la salud**, mediante la eliminación de las ARS, trasladando la función administrativa de estas a la Secretarías Departamentales de Salud, al igual que **transformando el CNSSS en la Comisión Nacional de Regulación del Sistema de Seguridad Social en Salud, y fortaleciendo el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control** al adscribir la Superintendencia Nacional de Salud a la Presidencia de la República.

4. El Proyecto de ley número 038 de 2004, Senado, presentado por el Senador José María Villanueva, busca permitir **la afiliación al Sistema General de Salud a los colombianos y colombianas que viven en el exterior**, al igual que sus núcleos familiares residentes en Colombia.

5. El Proyecto de ley número 052 de 2004 Senado, de origen gubernamental, busca **modificar la Ley 715 de 2001**, en lo referente a la distribución de recursos destinados a subsidios a la demanda y a la oferta del Sistema General de Participaciones con destinación específica para

<sup>4</sup> Fragmento tomado de la ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes.

<sup>5</sup> Información suministrada por la oficina del representante autor de la proposición.

<sup>6</sup> Fragmento tomado de la ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes.

<sup>7</sup> Fragmento tomado de la ponencia para primer debate en la Cámara de Representantes.

la salud; al igual que reestructurar y, en última instancia, **liquidar la Red Pública de Servicios de Salud** que no sean financieramente autosostenibles.

6. El Proyecto de ley número 054 de 2004 Senado, presentado por la Senadora Angela Victoria Cogollos, **modifica los siguientes artículos de la Ley 100 de 1993: Inciso 3° del artículo 152, literal n) del artículo 156, numeral 2 del artículo 157, artículo 155, numeral 10 del artículo 172, literal 5 del artículo 174, artículo 177, adiciona un párrafo al artículo 182, adición de texto al artículo 185, artículos 186, 213, 219, 220, literal p) del artículo 156, artículo 225, 226 y numerales 7 y 8 del artículo 216, eliminando las ARS, y transformándolas en EPS.**

7. El Proyecto de ley número 057 de 2004 Senado, presentado por el Senador Hernán Francisco Andrade Serrano y los Representantes José Gonzalo Gutiérrez y Germán Navas Talero, por el cual se busca la afiliación al Régimen Subsidiado a los **Jueces de Paz**.

8. El Proyecto de ley número 058 de 2004 Senado, presentado por el Senador Jesús Enrique Piñacué, que busca adicionar a la Ley 100 de 1993, **normas especiales a favor de los pueblos indígenas**.

9. El Proyecto de ley número 098 de 2004 Senado, presentado por los Senadores Jesús Bernal Amorochó, Antonio Navarro Wolff, Samuel Moreno, Jorge Robledo y los Representantes Gustavo Petro, Venus Albeiro Silva y Wilson Borja, busca **defender el derecho efectivo a la salud**, mediante la transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el **Sistema Integral de Seguridad Social en Salud**, eliminando los planes de beneficios e integrando el Sistema de Riesgos Profesionales, además de conformar la **Central Unica de Recaudo**.

10. El Proyecto de ley número 105 de 2004 Cámara, presentado por el Representante Venus Albeiro Silva, que da prioridad en la cobertura del Régimen Subsidiado a los **Artistas del País**, que no tengan capacidad adquisitiva para pertenecer al Régimen Contributivo.

11. El Proyecto de ley número 115 de 2004 Cámara, presentado por el Representante Venus Albeiro Silva, el cual **amplía la cobertura** de la prestación de los servicios de salud a los estratos 1, 2 y 3.

12. El Proyecto de ley número 122 de 2004 Senado, presentado por el Senador Omar Yépez Alzate y el Representante Juan Martín Hoyos, por el cual se **modifica la Ley 715 de 2001** en lo referente a competencias en salud de la Nación, los departamentos, los municipios y la conformación de redes de Servicios de Salud.

13. El Proyecto de ley número 148 de 2004 Senado, cuya autora es la Senadora Carlina Rodríguez, el cual busca organizar la prestación de los **servicios de salud y de saneamiento ambiental en forma descentralizada**, al igual que establece **el subsistema de salud familiar y comunitario**, modificando el Libro Segundo de la Ley 100 de 1993. Por otra parte este proyecto hace modificaciones al Sistema Pensional Colombiano, materia que no hace parte de la presente ponencia.

14. El Proyecto de ley número 151 de 2004 Senado, cuyos autores son los Senadores Rodrigo Rivera, Juan Carlos Restrepo, Carlos Arturo Piedrahíta, Carlos Julio González, Luis Fernando Duque, Janeth Restrepo y el Representante Germán Aguirre, el cual dicta **normas orgánicas en materia de recursos** y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política y **centrando la responsabilidad del aseguramiento en el Fosyga y en las Secretarías Departamentales de Salud**.

## 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 los artículos 53 de la Constitución, que dispone: “Los convenios internacionales del trabajo debidamente ratificados, hacen parte de la legislación interna”, y en el 93, según el cual “Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los Derechos Humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción,

prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta carta, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia”.

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.

Ahora bien, adentrándonos en el presente proyecto de ley, que modifica el sistema general de salud impuesto por la Ley 100 de 1993, como un componente de la seguridad social, esta no configura por sí mismo un derecho fundamental sino desde la óptica de derechos conexos, especialmente con el derecho a la vida artículo 11, adicionándose los postulados de los artículos 48 y 49 de la Carta Política, y consecuentemente, siendo que la seguridad social es un derivado “clásico” de las relaciones de trabajo, son aplicables como parte integral de nuestro ordenamiento jurídico todas las disposiciones contenidas en los tratados internacionales ratificados por nuestro país a través del bloque de constitucionalidad.

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**. La cual en su artículo 25 numeral 1, define 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**. En su artículo 11 establece 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).** *Diario Oficial* número 42.884, de 24 de septiembre de 1996, 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”, suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988; la cual en su artículo 9º establece el Derecho a la Seguridad Social, bajo los principios de Universalidad e Integralidad, el artículo 10, define el Derecho a la Salud, el que como parte integral de la Seguridad Social cumple con los mismos principios y la entiende como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, comprometiéndose los Estados parte, a reconocerlo como un bien público, adoptando medidas para garantizar este derecho tales como: La atención primaria de la salud, la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y 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 (agosto 4).** *Diario Oficial* número 43.656, de 5 de agosto de 1999. Poder Público-Rama Legislativa, 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”, celebrada en Madrid (España) en septiembre de mil novecientos noventa y cinco (1995). El cual establece los siguientes parámetros, para lograr garantizar el Derecho a la Seguridad Social a sus Ciudadanos: Define que esta debe extenderse de forma progresiva a toda la población, fundamentándose en el principio de solidaridad, prestando atención preferente a las actuaciones necesarias para el desarrollo efectivo del derecho a la salud, especialmente en los ámbitos preventivos y de atención primaria, dentro de las que como mínimo debe garantizarse, la asistencia médica general y la dada por especialistas en hospitales o fuera de ellos, el suministro de productos farmacéuticos esenciales necesarios, recetados por médicos u otros profesionales calificados, la hospitalización, cuando fuese necesaria y en caso de embarazo, parto y sus consecuencias, la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal y la hospitalización, cuando fuese necesaria;

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.**

### 1. 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 consecuentemente 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 consagran los artículos 1º y 2º, 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, consecuentemente, 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 de 1993, para seguir permitiendo lo que fue casi de rechazo unánime hacia el seno de la comisión accidental: La mercantilización de la salud y consecuentemente 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 del servicio de salud sea eficiente, que sea universal, que esté 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 4º del artículo 48 constitucional ordena no destinar, ni utilizar recursos de la salud, para fines distintos de 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 o 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 esta,

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 mínimos 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, limite en el cual debe encuadrarse la actividad 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.

### 3. Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema Integral de Seguridad Social, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios.

El SGSSS incluye el Plan de Atención Básica (PAB); el Plan Obligatorio de Salud (POS), con sus dos regímenes: subsidiado y contributivo, y la protección frente a los Accidentes de Tránsito, Desastres Naturales y Terrorismo (ECAT). Las personas de mayor capacidad económica pueden adquirir, con cargo a sus propios recursos, los Planes Adicionales de Salud (PAS) que puede cubrir todo o parte de aquello que no está incluido en el POS.

El SGSSS es administrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes contratan la prestación directa de los servicios con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), propias o externas, públicas o privadas y con los hospitales públicos, hoy convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE).

Dentro de los objetivos del SGSSS estaba la **cobertura universal** de todos los colombianos y colombianas para el 31 de diciembre del año 2000, en todos los niveles de atención, según lo definido en el artículo 151 de la Ley 100. Este objetivo se constituye como la razón de ser del SGSSS, el cual, con la forma como se administra hoy, está lejos de cumplirse, lo cual se comprueba con el hecho de que cerca de 19 a 22 millones de compatriotas, se encuentren sin protección en salud, cifras manejadas por muchos de los integrantes del Sistema. De allí que se hace necesario impulsar las medidas expuestas en el presente proyecto para lograr dicho objetivo.

Como ya se ha dicho, dentro de los fines esenciales del Estado, este debe procurar la efectividad de los derechos y deberes consagrados en la Constitución. En consecuencia, no se trata, exclusivamente, de normar derechos a favor de la persona, sino que hay que asegurar, de igual forma, que esta los pueda hacer efectivos, que los realice y materialice, esa es justamente una de las principales preocupaciones a tener en cuenta en el desarrollo de la legislación en materia del derecho a la salud.

En efecto, la Ley 100 de 1993 atinó al definir los principios de la seguridad social, entre los cuales resaltan el de universalidad, equidad, obligatoriedad, solidaridad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad, pero estos principios, fundamentalmente los de universalidad y equidad, no se han logrado materializar.

En este contexto conviene destacar el derecho a la vida, consagrado en el capítulo de los derechos fundamentales de nuestra Carta Política, con su carácter de inviolabilidad, dado que, para darle vigencia al mismo, es indispensable tratar el derecho a la salud, pues sin este se coloca en grave riesgo la existencia del primero, el cual es, obviamente, condición básica

para que se puedan predicar los demás derechos. De igual manera, estará presente, en esta ejecutoria, el artículo 25 de nuestra Carta Magna, 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.

### III. Análisis sectorial

Nos proponemos en este capítulo hacer un análisis del funcionamiento del actual modelo de salud, en sus diferentes aspectos, con el objeto de establecer un diagnóstico y unas soluciones, para mejorar el derecho a la salud de los colombianos y colombianas y consecuentemente, mejorar la prestación de dicho servicio.

#### A. Salud pública

Un acercamiento inicial a la complejidad del tema es dado por el doctor Saúl Franco, quien en el libro “La Salud Pública Hoy”, la denomina como un “campo siempre inacabado de ideas, preocupaciones, propuestas y trabajos destinados a entender y garantizar el bienestar colectivo. Este carácter esencial de campo inacabado implica la exigencia permanente de integrar a las discusiones los nuevos problemas, de persistir en la búsqueda de respuesta y solución al conjunto de viejas y nuevas preocupaciones e inclusive, de adelantarse visionariamente a las tensiones del futuro a partir de la identificación y análisis de las dinámicas y tendencias contemporáneas”.

“Debemos entender, entonces, que la Salud Pública busca el garantizar una calidad de vida digna para todas las comunidades y que su acción no debe limitarse al de los servicios de salud, sino que por el contrario su desarrollo debe ser intersectorial y transectorial, para dar cabal cumplimiento de sus objetivos, de igual forma, se enmarca dentro de la dimensión del tiempo, al ser gestora de soluciones a problemas pasados, presentes y futuros que afecten al individuo y a la colectividad”.

“Así las cosas, la salud es un bien público esencial en la medida en que constituye una necesidad fundamental indivisible de todas las personas, no pudiéndose reducir al simple hecho de no estar enfermo, por comprender la realización del proceso vital humano dentro de las mejores condiciones y medios socialmente posibles y deseables, de allí la necesidad de una organización institucional dada por parte del Estado, por tal motivo, tanto los servicios individuales como los colectivos relacionados con la conservación y recuperación de la salud deberá brindarlos en forma integrada y con cobertura universal”.

En este contexto, huelga decir que la Reforma a la Seguridad Social de 1993 se estableció sin tratar de manera articulada y adecuada la salud pública, de allí que su reglamentación y contenidos carecen de instrumentos y conceptos indispensables para garantizarla. Al revisar el artículo 152 de la Ley 100 de 1993, se encuentra que la salud pública queda excluida de su ámbito natural 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 aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad y a los individuos con altas externalidades, 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.

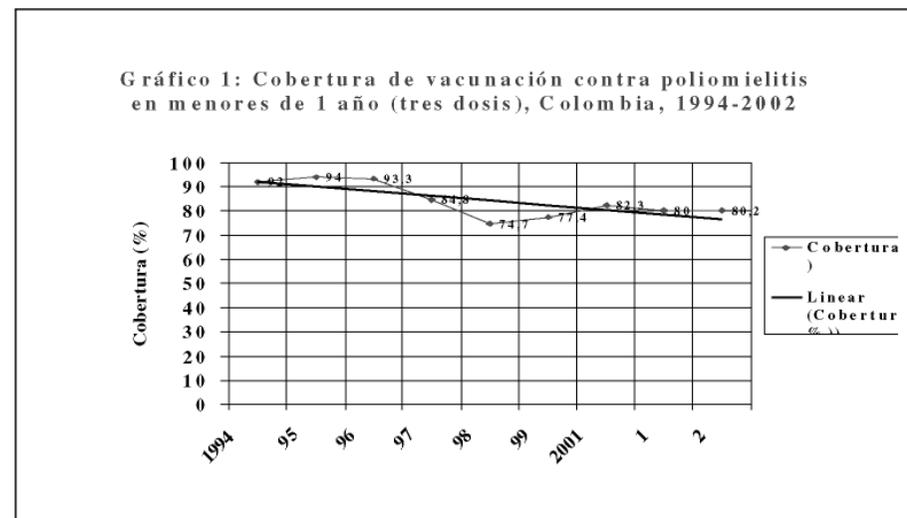
Esta división ha afectado la prestación de los servicios preventivos y los curativos, favoreciendo el debilitamiento de la estructura de programas verticales, de carácter nacional, para enfermedades prioritarias, sobre las cuales existan formas conocidas de control. Estos programas deben contar con recursos 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 como:

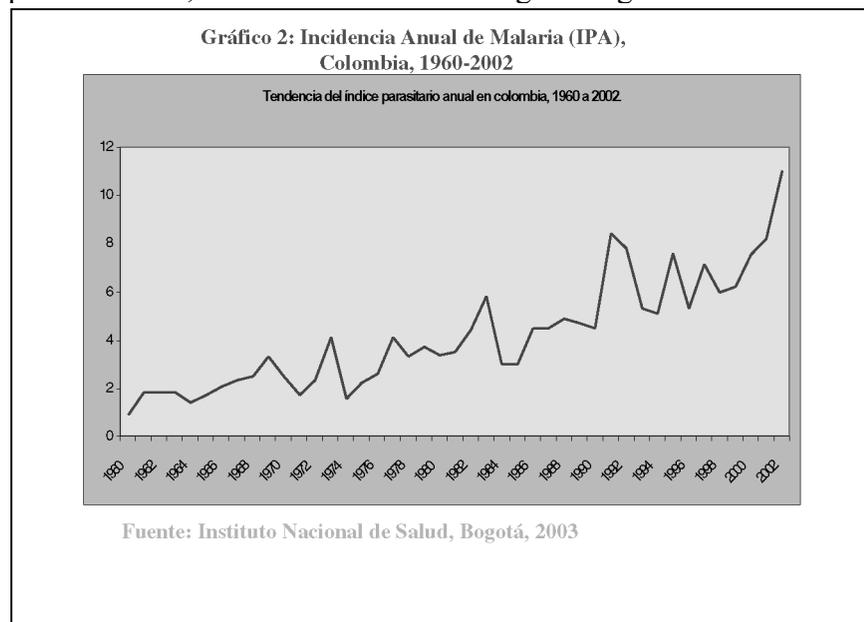
1. La inexistencia de una política de salud pública, que fije claramente la responsabilidad del Estado en esta materia.
2. La desarticulación, desconocimiento y deficiente desarrollo reglamentario y operativo de los conceptos relacionados con la salud pública.
3. La Ley 9ª de 1979, siendo el pilar central de la salud pública, no ha sido objeto de actualización y revisión, lo que demuestra la indiferencia estatal hacia este tema.
4. 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.
5. La investigación, en los diferentes aspectos relacionados con el campo de la salud, es deficiente y no hace parte de una política estructural.
6. La reducción y desmonte de recursos físicos, financieros, logísticos y talento humano capacitado en el área.
7. 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:

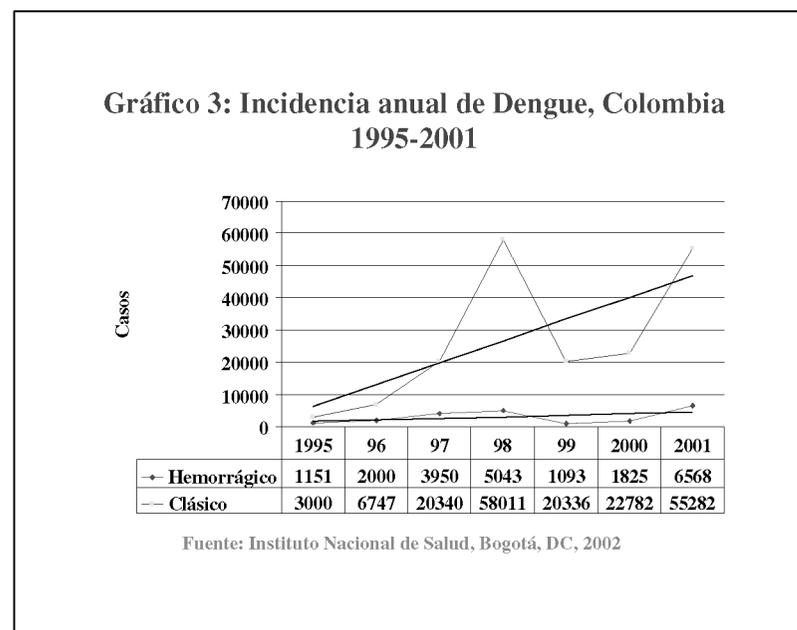
- La baja cobertura en vacunación, en el período comprendido entre los años 1997 a 2002, es un reflejo del desinterés, de las EPS y ARS, en brindar programas de prevención a sus afiliados, lo que, sumado a la desarticulación de los mismos con los PAB municipales, llevó a un punto crítico de cobertura en el año 1998, mostrando recuperación para los años 2001, 2002 y 2003, 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, acentuándose de manera vertiginosa a partir de 1998, como se observa en la siguiente gráfica.



- 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:

- a) 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, y
- b) 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 los sistemas 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:

- a) Acceso a centros, bienes y servicios de salud sin discriminación, en especial a grupos vulnerables o marginados;
- b) Acceso a alimentación nutritiva, adecuada y segura;
- c) Acceso a hogar y vivienda con condiciones sanitarias básicas y agua potable;
- d) Facilitar medicamentos esenciales, según la definición de la OMS;
- e) Distribución equitativa de instalaciones, bienes y servicios de salud;

f) 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 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<sup>1</sup>.

### B. Modelo de aseguramiento y financiamiento

Para iniciar el análisis, vale la pena adelantar una revisión del contexto en el cual se presentó la Reforma a la Seguridad Social en Salud de 1993. En primer lugar, resulta importante mencionar la aparición, a partir de la década de los ochenta, del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional como importantes actores en el proceso de coordinación de las denominadas “reformas estructurales”. Tales reformas se encaminaron, por un lado, a la redefinición del papel del Estado, lo que ha derivado en la política de disminución sistemática del gasto público, y por otro lado, la introducción del mecanismo de mercado como instrumento garante de la eficiencia en la asignación de los recursos, el fortalecimiento del aseguramiento y la focalización como el nuevo enfoque de la política social.

Así, el Banco Mundial, en el documento titulado “Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para protección social y más allá”, publicado en el año 2000, recoge la definición y el enfoque que sirvieron de guía para las reformas al Sistema de Protección Social en América Latina durante la década de los noventa. Este se encuentra cimentado en el manejo social del riesgo, cuya idea central la define el documento de la siguiente manera: “La idea revolucionaria que define la frontera entre la era moderna y el pasado es el dominio del riesgo: la noción de que el futuro es más que un capricho divino y que los hombres y mujeres no son inermes frente a la naturaleza”.

De acuerdo con este marco, según definición dada por Holzmann y Jorgensen, y adoptada por el Banco Mundial, la protección social consta de: Primero, intervenciones públicas para asistir a los individuos, hogares y comunidades, de modo que se maneje el riesgo de la mejor manera; y en segundo término, ofrecer apoyo a aquellas personas que se encuentran en situación crítica, definidas estas últimas como los pobres que no se pueden mantener a sí mismos, incluso si existieran oportunidades de empleo, pues quedan excluidos de la asignación de recursos realizada por el mercado.

Esta concepción soporta las políticas de focalización, al introducir una categoría denominada población en situación crítica, la cual debe demostrar su condición de alta vulnerabilidad, para ser objeto del apoyo que se manifiesta en subsidios por parte del Estado.

Sumado a lo anterior, y teniendo en cuenta el análisis desarrollado por Adriana Rodríguez en el artículo “Avances, Retos y Oportunidades de la Nueva Lógica del Manejo Social del Riesgo”, los sistemas de manejo del riesgo por nivel de formalidad se clasifican en:

1. **Sistemas Informales:** Definidos como la respuesta de autoprotección de los hogares, dentro de los que el Banco menciona al Matrimonio, la caridad, el trabajo infantil y el ahorro en activos reales; estos mecanismos podrían denominarse estrategias de supervivencia y su impacto va desde la perpetuación de la pobreza, hasta la pérdida o erosión de la dignidad humana; para el Banco Mundial, tales herramientas resultan válidas para el manejo del riesgo, dado que “Su objetivo va más allá de la entrega de instrumentos para manejar el riesgo por parte del sector público y abarca acciones para mejorar los instrumentos de manejo del riesgo, basados en el mercado y externos a él”.

2. **Sistemas de Mercado:** Dentro de estos se encuentran instrumentos como los activos financieros y las pólizas de seguro (aseguramiento en salud), mecanismos sobre los cuales el Banco admite que “su desarrollo toma tiempo e implica superar muchos obstáculos”, así como que los individuos dispongan de un mínimo de conocimientos del mercado financiero, e ignorando la principal limitación enfrentada por los países en desarrollo, cuando deciden asumir la pobreza y la exclusión social bajo la lógica de la asimetría en la dotación inicial, reflejada en el hecho de que una gran proporción de individuos y de hogares parten sin dotación

inicial (recursos) o con dotación inicial negativa que les impide acceder a sistemas de mercado, es decir, que los excluye de entrada.

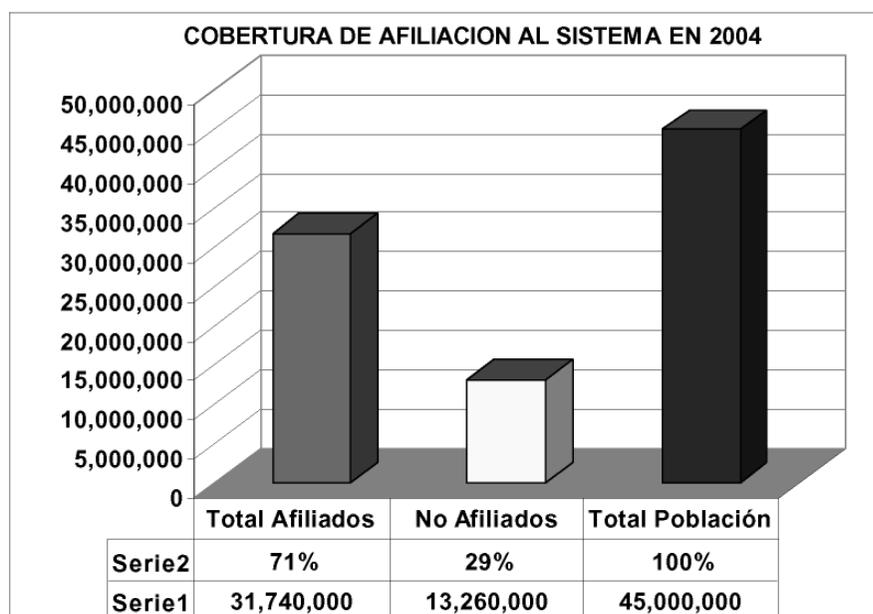
3. **Sistemas provistos u ordenados por el Sector Público:** Aquí el Banco reafirma su concepción de la intervención pública como mecanismo de última instancia, es decir, cuando los sistemas anteriores fallan: “Cuando no existen sistemas informales o de mercado para el manejo del riesgo o estos colapsan o funcionan mal, el Estado puede proporcionar u ordenar Programas de Seguridad Social”; además es reiterativo en la forma de intervención del Estado, evidente en el Sistema de Salud Colombiano, que viene propugnando hace varias décadas: por el aseguramiento obligatorio vinculado al empleo en el sector formal y la asistencia social, para las poblaciones más pobres. Así, la magnitud de los sistemas públicos dependerá de “cuestiones de distribución, recursos fiscales disponibles, capacidades administrativas y el tipo de riesgo”<sup>2</sup>.

En el marco de las consideraciones anteriores, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de 1993, contemplando alcanzar una meta de universalidad en su cobertura para el 31 de diciembre de 2000, mediante la creación de dos Regímenes: el Contributivo, fundamentalmente ligado al empleo formal, y el Subsidiado, soportado básicamente sobre los recursos públicos destinados por el Estado para su financiación; sin embargo, once 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 71%, como se muestra en la siguiente tabla.

TABLA 1  
COBERTURA DEL SGSSS, 2004

AFILIACION POR REGIMENES		
Régimen Contributivo	14,690,000	33%
Régimen Subsidiado	13,770,000	31%
Subsidios Parciales	1,780,000	4%
Regímenes Especiales	1,500,000	3%
Total Afiliados	31,740,000	71%
No Afiliados	13,260,000	29%
Total Población	45,000,000	100%

Fuente: Ministerio de la Protección Social - Febrero 2005.



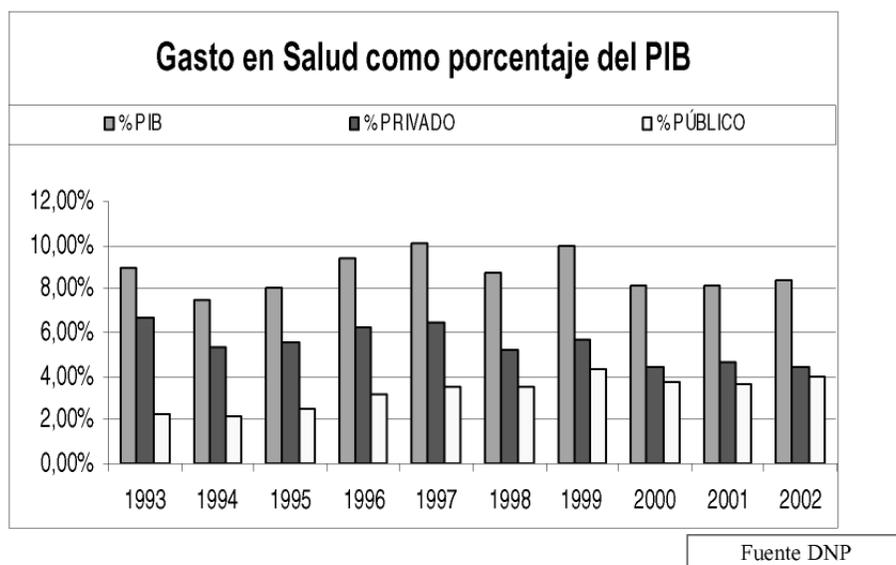
<sup>1</sup> La APS no puede ser entendida solo como el primer nivel de atención de nuestro sistema de salud, sino como toda una reorganización de los servicios curativos y preventivos, de la educación en salud, de la protección y de la rehabilitación en todo el sistema y de la intersectorialidad necesaria para lograr mejores condiciones de alimentación y vivienda para todos.

<sup>2</sup> Empero, estudios realizados para el caso colombiano, han demostrado que la intervención pública depende fundamentalmente de la voluntad política. Sobre este punto, Luis Jorge Garay, en la publicación “En Torno a la Economía Política de la Exclusión Social en Colombia” señala: “Es claro que la aritmética social permite deducir que si es posible ir abordando progresivamente la inclusión y el desarrollo, siempre y cuando se altere fundamentalmente la aritmética del poder a favor de la equidad, la solidaridad y la eficiencia en un régimen de mercado. Solo con una verdadera transformación social será viable pensar en la construcción de una democracia política, económica y social, en el sentido estricto del término”.

Estas cifras al ser analizadas, denotan la ausencia de equidad en el sistema, ya que el 33% de las personas se encuentran afiliadas al Régimen Contributivo, 31% al Régimen Subsidiado, 4% a Subsidios Parciales y 3% a Regímenes Especiales; el restante 29% no está afiliado a ningún régimen, es decir que 13'260.000 colombianos no tienen garantizado el acceso a los servicios de salud y que realmente solo el 36% de los colombianos, los afiliados a los Regímenes Contributivo y Especiales, tienen acceso integral a todos los niveles de atención contemplados en el Sistema, ya que un plan Subsidiado corresponde al 58% de un POS Contributivo y un Subsidio Parcial a tan solo el 25%.

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; situación que se observa en el gráfico y en la tabla anexa.

**GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB 1993-2002**



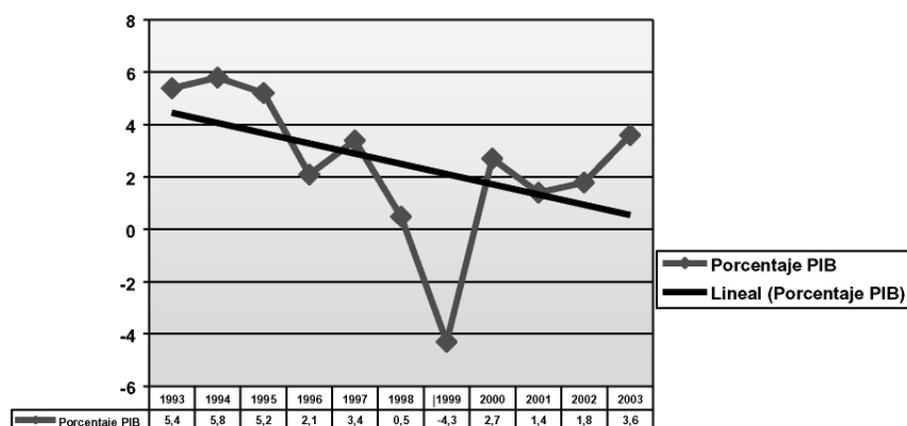
Esta tendencia es más evidente cuando se compara con el crecimiento de los mismos recursos en el período comprendido entre los años 1987 a 1993, donde se pasó de 1.1% a 1.4% del PIB, lo que correspondió a un incremento del 33%.

**TABLA 2  
GASTO EN SALUD COMO % DEL PIB PERIODO 1987-1993**

	1987	1990	1993	1995
	%	%	%	%
Sector Público	1.1	1.3	1.4	2.3

Adicionalmente, se observa que los recursos privados invertidos en el sector salud, son altamente sensibles al comportamiento de la actividad económica, reflejada en el PIB del país, esta situación se evidencia al presentar la correlación entre estas dos variables, particularmente en el período comprendido entre 1998 y 2002; por el contrario, los recursos públicos destinados a la salud no fueron afectados en igual proporción en el período mencionado, reflejando algún grado de independencia respecto al comportamiento del PIB.

**CRECIMIENTO DEL PIB PERIODO 1993-2003**

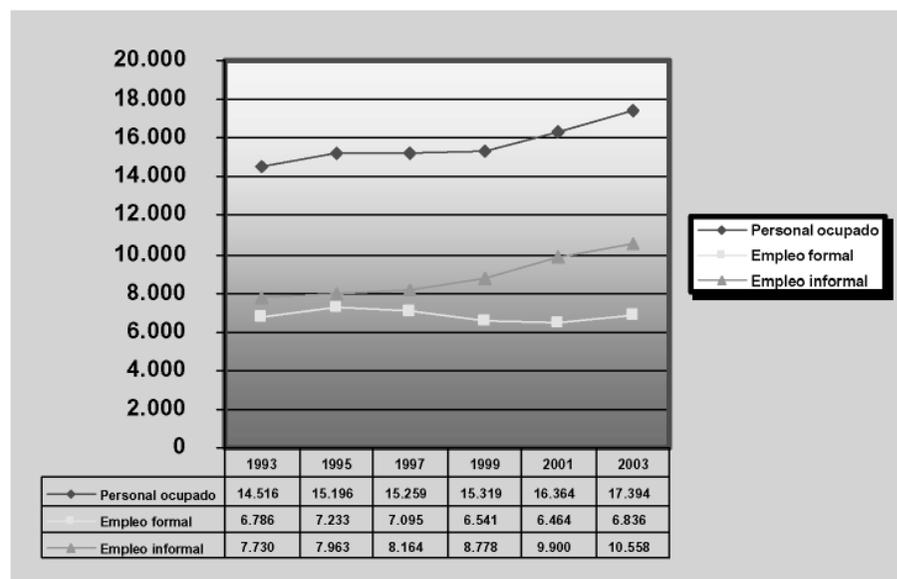


De otro lado, la dinámica financiera contemplada en el flujo de recursos al Régimen Subsidiado, se fundamenta en dos fuentes básicas. En primer lugar, las transferencias de la Nación a los municipios, establecidas por el denominado Sistema General de Participaciones.

En segundo lugar, los aportes de solidaridad del Régimen Contributivo; esta segunda fuente se ve afectada por el proceso de informalización de la economía, el cual ha llevado a un incremento de la población denominada vinculada, que no es objeto actualmente de subsidios, ni tiene capacidad adquisitiva para cotizar por un smmlv como lo establece la normatividad vigente. A lo anterior se suma que muchos patronos evaden sus aportes, mediante el empleo de figuras contractuales diferentes de la relación laboral, lo que ha llevado a una fuerte elusión y evasión de aportes dentro del Sistema, que en estimativos conservadores la ubican en una cifra que oscila entre el 36 y 49% del recaudo total; esto configura un factor de debilidad financiera del Sistema y reduce la capacidad de reacción adecuada a la realidad social que enfrenta el país en materia de acceso a la salud.

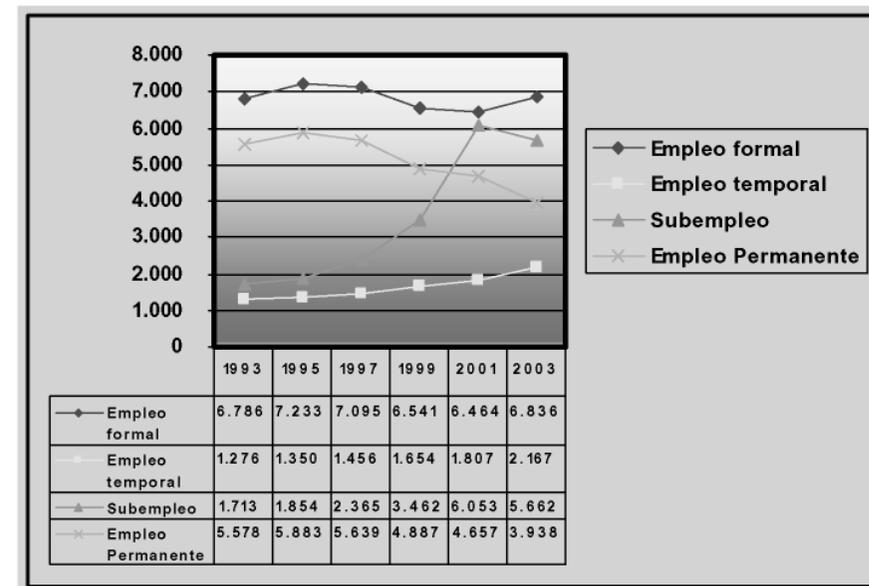
Para soportar esta idea, se presentan las gráficas sobre el comportamiento del empleo, en el período comprendido entre los años 1993 al 2003.

**EVOLUCION DEL EMPLEO DE 1993-2003**



En la anterior gráfica se observa que aunque el personal ocupado ha tenido un incremento, en el período comprendido entre 1993 a 2002, este se debe principalmente a la evolución del empleo informal, pues el empleo de carácter formal muestra una tendencia decreciente a partir de 1996, con una tenue recuperación para el año 2002.

**SUBEMPLEO Y TEMPORALIDAD 1993-2003**

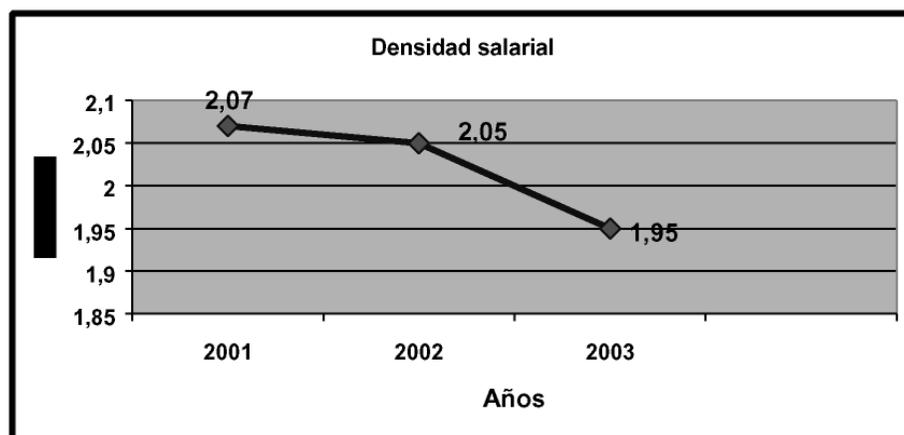


Cifras expresadas en millones.

La gráfica anterior muestra cómo el subempleo ha tenido un incremento cercano al 500% en la última década, el empleo temporal se ha elevado en un 100%; por el contrario, el empleo permanente ha decrecido en un 30%.

Otra variable fundamental dentro del financiamiento del Régimen Contributivo, es la evolución de las densidades salarial y familiar, la primera definida como el resultado de dividir el monto total de las cotizaciones sobre el número total de cotizantes; y la segunda resulta de la división entre el total de afiliados sobre el total de cotizantes; estas variables han tenido el siguiente comportamiento en los últimos años:

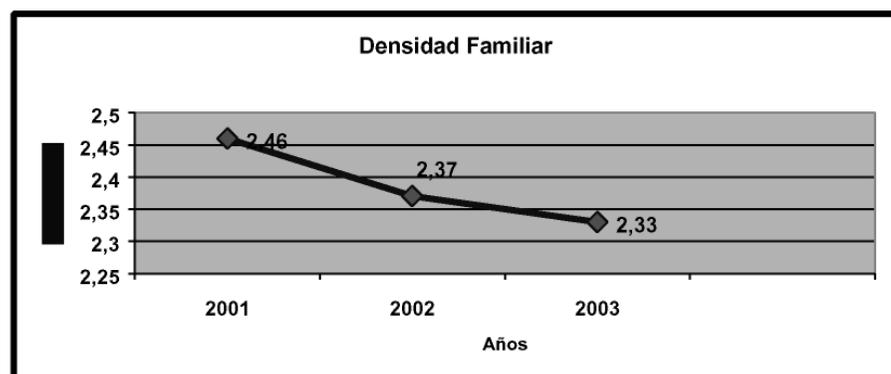
#### DENSIDAD SALARIAL 2001-2003



Fuente: Fundación Corona, 2004.

El comportamiento de la densidad salarial ha tenido una tendencia a la baja, que puede explicarse como un efecto de la reforma laboral que rige desde el año 2003, pues esta produjo un descenso en los ingresos de los trabajadores.

#### DENSIDAD FAMILIAR 2001-2003



Fuente: Fundación Corona, 2004.

A su vez, el descenso de la densidad familiar puede explicarse por tres razones fundamentales: Primero, que los miembros del núcleo familiar hayan pasado de beneficiarios a ser cotizantes; en segundo término, el cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1703 de 2002, que redujo la calidad de beneficiarios de personas que no eran miembros del grupo familiar. Finalmente, la depuración de las bases de datos de las EPS mediante la aplicación de mallas de validación en el proceso de compensación, lo que ha permitido identificar casos de afiliación múltiple.

Sin embargo, es importante anotar, que según el “Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Especial al Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA”, adelantado por la Contraloría General de la República en Diciembre de 2004, esta fiducia, que es la fuente principal de financiamiento y de datos, para la información condensada en las gráficas anteriores, presenta serias falencias, dentro de las cuales se destacan las siguientes:

- No se ve con claridad y transparencia el hecho que durante todo el contrato, no se hayan realizado adecuada y oportunamente los respectivos ajustes e implementación de software, esto crea incertidumbre para la entrega final de este por parte del Consorcio Fosalud, si se tiene en cuenta la proximidad del término de duración del contrato, que es en la vigencia siguiente.

- El presupuesto para la Subcuenta de Compensación presenta desfase por el desconocimiento que tiene el Ministerio sobre el total de los recursos recibidos por el SGSSS por concepto de cotizaciones en salud, durante un período determinado, situación que incide en la proyección de los recursos para la financiación de las Subcuentas de Compensación, Promoción y Prevención, y Solidaridad del FOSYGA, así como en los estudios para determinar la sostenibilidad financiera del Sistema.

- Para el manejo del recaudo, la normatividad expedida antes del 15 de julio de 2004, fecha de vigencia del Decreto 2280, no le ha permitido al FOSYGA ejercer en forma eficiente la administración, control, monitoreo y seguimiento sobre los recursos del SGSSS, al igual que conocer en forma dinámica el valor total del recaudo recibido por cotizaciones que por cada período (mes) recauda, a través de las EPS y Entidades Obligadas a Compensar, y establecer el monto total de los recursos no compensados, situación que tampoco permite al Sistema garantizar en forma transparente el reconocimiento de la UPC para cubrir la prestación del servicio de salud a la población activa del régimen contributivo, por ello la necesidad de ajuste de la información prevista con el Decreto 2280 de 2004.

- Dadas las falencias anteriores, no hay conocimiento sobre la adecuada distribución de los recursos con y sin situación de fondos, ni del monto real de los recursos que financian la compensación en el Régimen Contributivo, al igual que el control y seguimiento a los recursos y el cruce de los gastos que financia el Sistema, situaciones que afectan los estados contables de la Subcuenta en un monto no determinado.

- La Subcuenta de Solidaridad presenta dificultades de control que no permiten garantizar la validación de la información sobre los derechos de beneficiarios de la contratación y afiliación del Régimen Subsidiado, y los pagos establecidos ordenados por el Ministerio de la Protección Social.

- Para la atención de eventos que generan trauma mayor en la población pobre no afiliada al Régimen Subsidiado, en la actual vigencia se apropiaron recursos por \$2.606 millones, los cuales no han sido comprometidos en su totalidad a la fecha de auditoría, evidenciando falta de oportunidad y gestión en las acciones que se deben desarrollar para que los recursos fluyan en forma oportuna hacia los entes territoriales.

- Las situaciones planteadas inciden en la oportunidad del registro contable en las cuentas de presupuesto por parte del Consorcio, por cuanto sólo conoce de la celebración de los convenios hasta el momento en que el Ministerio le ordena el pago de un desembolso, evento que no permite la causación oportuna de las obligaciones contraídas por el FOSYGA, ni un control adecuado sobre los recursos que financia la subcuenta de Solidaridad.

- La gestión operativa de la Subcuenta de ECAT, se encuentra afectada por las deficiencias en el desarrollo del Subsistema de información del FOSYGA, que repercuten en la falta de un adecuado control y seguimiento a los recursos.

- El Ministerio de la Protección Social, evidencia falencias en la ejecución de los recursos para atención de la población desplazada, a través de los entes territoriales.

El resultado obtenido acorde con lo arriba expuesto, revela que el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, administrado por encargo fiduciario Consorcio Fosalud, 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<sup>3</sup>. Un segundo factor relevante se refiere a cómo las normas vigentes, hasta diciembre de 2004, impedían la afiliación al Régimen Contributivo a poblaciones cuyo ingreso base de cotización fuera inferior a un salario mínimo mensual, situación corregida mediante sentencia de la Corte Constitucional, que derogó dicha norma.

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, así como por la ausencia de topes máximos de administración de los planes de beneficios y de contratación con sus propias IPS. Esta integración vertical, lejos de buscar ser controlada por el Gobierno Nacional, este la está incentivando, al proponer a ACEMI, agremiación que agrupa a la mayoría de las EPS, el entregarle en concesión, 150 Hospitales Públicos, estrategia que ha sido apoyada por la Asociación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos. Para la implementación de la misma las EPS, han exigido como condición, el poder disponer de la planta de personal de los Hospitales, para a su criterio determinar las condiciones laborales de contratación de la misma. 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 recurso 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, 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.

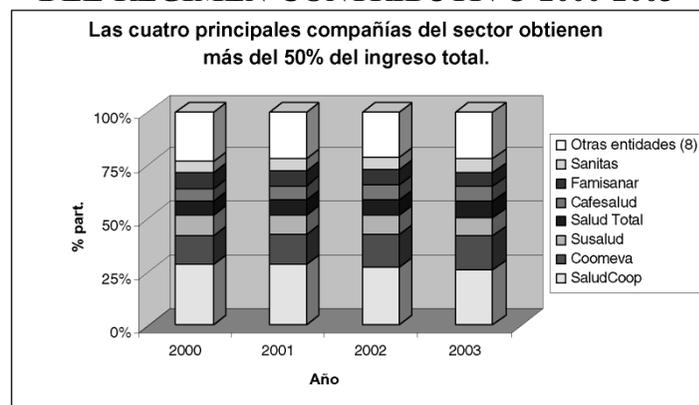
Consecuencialmente, se ha presentado un crecimiento exponencial de algunas EPS, concentrándose la participación en el mercado en cuatro de estas: Saludcoop, Sanitas, Susalud y Salud Total, quienes concentran más del 50% del ingreso total del sector, como se observa al analizar el estudio de la Revista *Semana*, sobre las 100 empresas más grandes del país,

EMPRESA	LUGAR	INGRESOS OPERACIONALES	UTILIDAD OPERACIONAL	UTILIDAD NETA
SALUDCOOP	10	\$2,004,377,000,000	\$65,705,000,000	\$22,330,000,000
SALUD TOTAL	74	\$416,569,000,000	\$12,546,000,000	\$8,809,000,000
COLSANITAS	78	\$386,679,000,000	\$18,769,000,000	\$13,434,000,000
SUSALUD	80	\$378,647,000,000	-\$7,456,000,000	\$414,000,000
<b>TOTAL</b>		<b>\$3,186,272,000,000</b>	<b>\$89,564,000,000</b>	<b>\$44,987,000,000</b>

Fuente: Empresas, Supervalores y Cámaras de Comercio.

Situación que ha sido constante en el tiempo, si se compara con los resultados del período comprendido entre el año 2000 y el 2003, el cual se detalla en la siguiente gráfica.

**GRAFICA 10 PARTICIPACION EPS EN EL INGRESO TOTAL DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO 2000-2003**

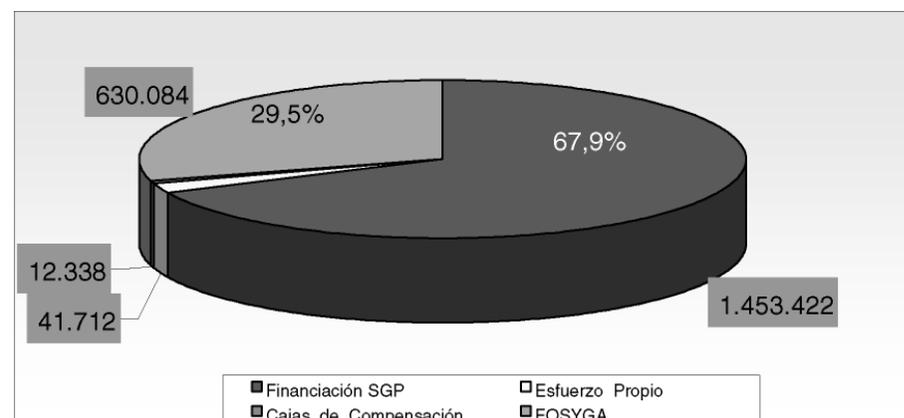


Por otra parte, el estudio del impacto del aseguramiento sobre el uso y gasto en salud en Colombia, adelantado por el Cendex de la Universidad Javeriana, indica que hay una ostensible diferencia entre la cobertura económica del contributivo y el valor de la UPC media. Este resultado plantea la necesidad de una revisión de las bases de cálculo de la UPC del contributivo, especialmente de los ponderadores de la estructura del costo de los factores de compensación, los cuales se muestran muy altos en algunos grupos etáreos.

Además, los costos de transacción en el contributivo tienden a ser más elevados, dado que el valor por nómina y comisiones de su fuerza comercial, han tendido a transformarse en un costo fijo muy representativo y a que el proceso de compensación que la ley delegó sobre las EPS no ha sido lo suficientemente expedito y diáfano, como se anotó en el estudio adelantado por la Contraloría General. Esto ha implicado, según el informe anual del Ministerio de la Protección Social, adelantar investigaciones, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de varias de ellas. Sin duda, es necesario realizar un replanteamiento de las dinámicas operativas de este Régimen, si se tiene en cuenta que su adecuado funcionamiento, es soporte fundamental del financiamiento del actual Régimen Subsidiado.

En lo referente al Régimen Subsidiado, la composición de los recursos que lo financian se discriminó en el año 2003, 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.

**RECURSOS DE FINANCIACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO**

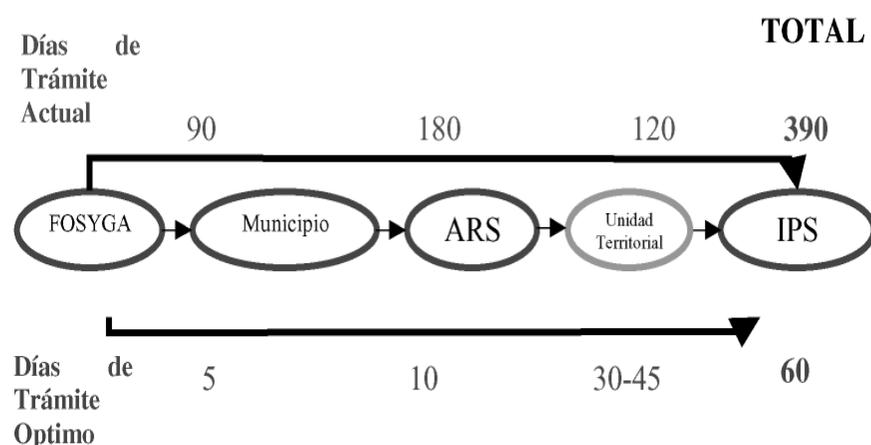


A propósito del flujo de estos recursos desde el nivel central hacia los prestadores, es importante señalar que este se ve afectado, dado que los rubros deben ser girados en un primer paso, desde el nivel central o departamental a los municipios, para luego ser pagados los contratos de administración 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.

<sup>3</sup> Dentro de estas barreras se encuentran, solicitar soportes contables para la presunción de ingresos del potencial afiliado, así como impedir que la afiliación sea realizada por su fuerza comercial.

GRAFICA 12

## FLUJO DE RECURSOS REGIMEN SUBSIDIADO



Esta dinámica perversa no encuentra justificación, dado que las finanzas sustentadas por el Régimen son sanas, lo que se observa al revisar el comportamiento de los excedentes de las diferentes subcuentas del Fosyga. Como se muestra en la tabla siguiente, todas han registrado superávit en los últimos cuatro años, con tendencia al alza en tres de ellas, siendo la excepción solamente la de Promoción y Prevención.

## EXCEDENTES DE LAS SUBCUENTAS DEL FOSYGA 2000-2003

AÑOS →	2000	2001	2002	2003
SUBCUENTA ↓				Octubre
COMPENSACION	216.567	140.297	423.530	596.355
SOLIDARIDAD	412.655	616.883	802.477	1.143.675
PROMOCION	137.801	178.932	111.241	95.453
ECAT	186.597	193.177	254.289	351.041
<b>TOTAL</b>	<b>993.620</b>	<b>1,129.289</b>	<b>1.591.537</b>	<b>2.186.524</b>

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. La distribución de estas inversiones se discrimina en la tabla siguiente.

## COMPOSICION DE LAS INVERSIONES DE EXCEDENTES DEL FOSYGA 2003

(\$MM)	Sep / 2003	Oct / 2003	Variación	
			\$MM	%
TES	1,325,834.3	1,327,667.6	1,833.3	0.1%
CDT's	607,893.0	692,268.8	84,375.8	13.9%
BONOS	26,805.5	27,944.4	1,139.0	4.2%
TDA's	50,932.0	50,866.8	-65.1	-0.1%
<b>TOTAL INVERSIONES</b>	<b>2,011,464.8</b>	<b>2,098,747.6</b>	<b>87,282.9</b>	<b>4.3%</b>

Esta tabla refleja cómo las inversiones presentaron un incremento en el bimestre septiembre-octubre de 2003 de 4,3%.

Finalmente, analizando la aplicación de los recursos, se encuentra que el portafolio de inversión privilegia en un 22,94% a los bancos y corporaciones privadas, el 73,05 a instituciones públicas de fines diferentes al sector salud, dejando solo el 4,01% en disponibilidad de caja.

## APLICACION DE LOS RECURSOS DEL FOSYGA, 2003

ENTIDAD EMISORA	VALOR A PRECIOS DE MERCADO (\$MM)	RENTABILIDAD AL VENCIMIENTO (E.A)	PARTICIPACION %
BANCO DE BOGOTA	133,379.5	7.98%	6.10%
CITIBANK	60,142.2	7.96%	2.75%
BANCO GANADERO	66,616.0	8.54%	3.05%
BANCO DAVIVIENDA	73,335.5	8.25%	3.35%
BANCO SANTANDER	27,307.0	8.10%	1.25%
BANCO DE OCCIDENTE	12,818.8	8.13%	0.59%
BANCO CONAVI	10,642.4	8.05%	0.49%
SATANDARD CHARTERED	6,615.1	7.98%	0.30%
BANK BOSTON	5,617.0	8.07%	0.26%
ABN AMRO BANK	7,863.4	8.00%	0.36%
<b>SUBTOTAL BANCOS COMERCIALES E HIPOTECARIOS</b>	<b>404,337.0</b>	<b>8.13%</b>	<b>18.49%</b>
CORFINSURA	97,243.5	8.12%	4.45%
<b>SUBTOTAL CORPORACIONES FINANCIERAS</b>	<b>97,243.5</b>	<b>8.12%</b>	<b>4.45%</b>
MINISTERIO DE HACIENDA	1,327,667.6	8.68%	60.72%
BANCOLDEX	197,165.7	8.78%	9.02%
FOGAFIN	21,467.1	8.72%	0.98%
FINAGRO	50,866.8	8.85%	2.33%
<b>SUB - TOTAL INVERSIONES</b>	<b>2,098,747.6</b>	<b>8.57%</b>	<b>95.99%</b>
DISPONIBILIDAD EN CUENTAS DE AHORRO	87,775.9	7.67%	4.01%
SALDO EN CUENTAS CORRIENTES	2.5		0.00%
<b>TOTAL RECURSOS DEL FOSYGA</b>	<b>2,186,526.1</b>	<b>8.53%</b>	<b>100.00%</b>

Otro aspecto relevante en el análisis del actual Régimen Subsidiado se refiere a la descentralización, que, según Levcovitz y Acuña, en su artículo titulado "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud", es concebida como la solución a los problemas de gestión de los servicios de salud y el mecanismo a través del cual el gobierno central puede trasladar la problemática a los gobiernos locales, en un escenario en el que estos últimos no cuentan con los recursos humanos, políticos y financieros que les permitan asumir con éxito esta tarea.

Con este entorno, la descentralización se ha convertido en un determinante del deterioro del funcionamiento del sistema, traducido en la falta de regulación de aspectos centrales como la calidad de los servicios y los mecanismos de pago, lo cual se convierte en la generación de barreras locales de acceso debido a la discriminación, la mala asignación local de los recursos y cobros arbitrarios a los usuarios en el punto de servicio, entre otros. De igual forma, la descentralización ha incrementado la brecha de cobertura del Sistema entre los sectores rural y urbano, lo cual es evidente al analizar el Régimen Contributivo y el Subsidiado por regiones.

Uno de los resultados derivados del planteamiento realizado atrás, da cuenta que una vez los recursos son girados a los municipios, estos no proceden a dar pago oportuno a las ARS con las que tienen contrato. Lo anterior por motivos que van desde lograr aprovechamiento financiero de los mismos, hasta facilitar procesos de corrupción concertados con prestadores y aseguradores, tales como el pago a los Alcaldes por parte de las ARS, para trasladar usuarios a favor de ellas, cobros de UPC por afiliados inexistentes y carnés no entregados, pagos por parte de las IPS a las ARS para ser contratadas dentro de su red de servicios, incorporación de personas con capacidad de pago dentro de los contratos del Régimen Subsidiado, politiquería con los cupos de ingresos a las ARS, cobro de vacunas por parte de los actores armados a las ARS y Alcaldes, creación de IPS ficticias o que no cumplen con los estándares de habilitación, con el objeto de desviar recursos a favor de particulares, entre otras prácticas.

Estas tardanzas en los pagos a las ARS, se traducen en moras en la cancelación de los servicios prestados por las IPS, implicando perversos mecanismos de glosas arbitrarias de las cuentas. Esto ha dado lugar a la instauración de una "cultura de no pago" en el SGSSS que explica, principalmente, el colapso de la red hospitalaria contratada para la prestación del POS-S. Lo anterior se muestra en las cifras contenidas en el siguiente cuadro.

### EDAD DE LA CARTERA EN MORA CON LAS IPS PUBLICAS Y PRIVADAS 2003

ESTADO DE LA CARTERA	\$ Millones	PARTICIPACIÓN %
A 30 días	270.547	31%
Entre 31 y 60 días	102.965	11.8%
Entre 61 y 90 días	67.753	7.8%
De 91 días y más	<b>430.252</b>	<b>49.4%</b>
TOTAL CARTERA	871.517	100%

Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC. "Programa de Seguimiento de Cartera". Estudios Técnicos. Área de Investigación y Planeación. Abril de 2003. p 4.

\* Septiembre 30 de 2002

A su vez, la crisis financiera que afrontan las IPS se refleja en la reducción de los salarios percibidos por quienes pertenecen a las profesiones y ocupaciones del sector salud. Esta disminución es marcada en el caso de las instituciones privadas, donde la flexibilidad laboral, permite con mayor facilidad la utilización de modalidades de contratación negativas para el personal, como la ausencia de reconocimiento de prestaciones y la tercerización de su contratación, mediante intermediarios como son las cooperativas de trabajo asociado, las cuales en múltiples casos, son propiedad de las EPS, a las cuales suministran el personal.

En el cuadro siguiente se hace un comparativo de las diferencias de ingresos en el sector público y privado de la salud, y el promedio salarial correspondiente, sin embargo vale la pena acotar, que el análisis de las mismas no puede desligarse, de las tasas de desempleo del sector, las que han llegado a puntos aberrantes como el caso de la Bacteriología, el cual se halla en el 80% o el de la Odontología cuyo indicador es del 40%, situación favorecida por la falta de control que los Ministerios de Educación y Protección Social, realizan sobre el surgimiento y la calidad de los nuevos programas ofrecidos por las Instituciones de Educación Superior, las cuales se camuflan en una mal entendida autonomía universitaria, definida en la Ley 30 de 1992, para dar prioridad a su lucro, jugando con las expectativas de cientos de familias, que hacen esfuerzos económicos, para brindar una educación a sus hijos.

### DIFERENCIAL DE INGRESOS DEL SECTOR PUBLICO Y PRIVADO DEL SECTOR SALUD 2001

Item	CARGO	INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	PROMEDIO SALARIAL
1	Administrador profesional	1.570.016	1.498.501	1.534.259
2	Auxiliar Administrativo	530.439	491.895	511.167
3	Auxiliar de Enfermería	606.555	506.535	556.545
4	Auxiliar Odontología	572.234	496.778	434.506
5	Auxiliar Laboratorio Clínico	522.576	310.647	416.611
6	Bacteriólogo	1.224.688	753.933	989.311
7	Enfermera	1.155.981	944.186	1.050.083
8	Médico Cirujano	1.654.679	1.643.708	1.649.194
9	Nutricionista	1.023.180	837.040	930.110
10	Odontólogo	1.394.151	1.196.304	1.295.227
11	Fonoaudióloga	848.918	1.645.461	1.245.690
12	Terapista Física	864.203	871.000	867.601
13	Terapista Ocupacional	1.030.832	792.567	911.700
14	Terapista Respiratoria	814.095	805.997	810.046
15	Promotor de Salud	474.169	488.634	481.402
	<b>TOTAL</b>	<b>952.448</b>	<b>885.546</b>	<b>912.230</b>

Fuente: Ministerio de Salud. Los Recursos Humanos de la salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva. Septiembre 2001.

En conclusión, el Régimen Subsidiado presenta serias fallas estructurales que hacen necesaria e ineludible su transformación, con el objetivo de lograr una mejor aplicación de los recursos, que redunden en una mayor cobertura de afiliados, una dinámica más eficiente de pagos a los diferentes actores del sector y una mejora de las condiciones laborales y de contratación de todo el personal que presta los servicios de salud.

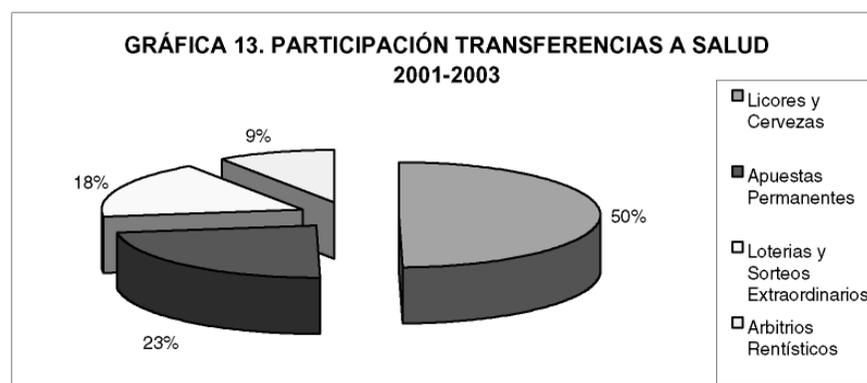
Paralelo a la situación anteriormente descrita, el sistema no ha logrado avanzar en la solución de la atención en salud para la denominada población vinculada, que asciende a 13.260.000 personas aproximadamente. Además, la mayoría de las acciones de segundo y tercer nivel de atención que requieren los afiliados al Régimen Subsidiado, no están incluidas dentro del POS-S, por tanto su atención también se financia con cargo a los recursos de oferta de los Hospitales Públicos.

Este fenómeno ha conducido a que el gasto de bolsillo para satisfacer las necesidades de servicios de salud, sea cercano a 2 billones de pesos<sup>4</sup>. Tales recursos podrían ser endogenizados por el Estado, mediante estrategias claras que fortalezcan la afiliación al Régimen Contributivo, a través de la reducción de la elusión y la evasión y facilitando el acceso a amplios grupos poblacionales.

El mecanismo más apropiado para mitigar esta problemática es la afiliación con un ingreso base de cotización desde un salario mínimo mensual legal vigente, con una previa generación de solidaridad dentro del proceso de compensación. De esta manera se reduce sustancialmente el riesgo de cartera en mora, que podría tener un sistema basado en subsidios parciales y operado desde el Régimen Subsidiado.

Otro elemento importante en la forma de financiación del Sistema, versa sobre las transferencias de monopolios, los impuestos sobre licores y juegos de suerte y azar. Al respecto, el superintendente Nacional de Salud César Augusto López Botero<sup>5</sup>, menciona como fuente importante para el financiamiento del Sistema, el fortalecimiento de estos recaudos, los cuales presentan altos niveles de evasión y elusión, ocasionada fundamentalmente por el grado de informalidad en que surgieron algunas de estas actividades, la pobre vigilancia ejercida sobre aquellas, la complejidad que caracteriza cada uno de estos ingresos y el gran posicionamiento económico de sus actores.

En la siguiente gráfica se presentan los réditos que estos sectores han aportado para el SGSSS.



De la información descrita en la gráfica, se destaca la importancia que tienen para el financiamiento del sector de la salud, los licores y cervezas y las apuestas permanentes, así como la gran fragilidad de los arbitrios rentísticos.

Cabe destacar el caso de las loterías y de las apuestas permanentes o chance. En cuanto a las primeras, se encontraron algunas prácticas que erosionan los ingresos de la salud. De un lado estas deben transferir el

<sup>4</sup> El incremento del gasto de bolsillo es un indicador claro de la ineficiencia e iniquidad del sistema, ya que proporcionalmente afecta más el presupuesto de los hogares pobres que el de los de mayores ingresos. Adicionalmente, el aumento de 15% a las cuotas moderadoras y los copagos, establecidos en el Acuerdo 260 del CNSSS, se convierten en una real barrera de acceso oportuno a los servicios, aumentando este desequilibrio, dado que estos recursos van directo al bolsillo del prestador, lo que se constituye en un subsidio de los pobres, hacia las IPS, difícil de justificar.

<sup>5</sup> La inspección, vigilancia y control, un asunto de todos. Superintendencia Nacional de Salud.

12% de sus ventas brutas a la salud. Sin embargo, debido a una interpretación realizada por las entidades encargadas del juego, estas descontaban un 25% del valor de las mencionadas ventas, aduciendo costos inherentes a la operación; este fenómeno significó para el año 2001 y 2002, 30.000 millones de pesos menos para la salud<sup>6</sup>.

En cuanto a las apuestas permanentes o chance, estas son rentas poco exploradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero de las que se tiene mayor esperanza para fortalecer la financiación, ya que se ha incorporado a la formalidad como uno de los juegos más dinámicos. No obstante, también se ha convertido en un aspecto que está pervirtiendo la elección de gobernadores, pues estos son los directos responsables de la adjudicación y el manejo administrativo de la concesión del chance, lo que incluye el alcance de esta explotación, las condiciones de funcionamiento y la propia vigilancia de la actividad, haciéndolas vulnerables a los apetitos clientelistas de las gobernaciones.

La solución a esta problemática radica en la intervención de algunos de los aspectos precontractuales, como son: En primera instancia, el estudio de mercado, ya que este determina el alcance y el aporte que debe hacer a la salud; y en segundo término, el organismo de inspección, vigilancia y control, que debe intervenir activamente en la supervisión de esta renta pública, a través de la obtención de información directa del operador del juego, lo cual solo puede lograrse al realizarse en línea y tiempo real.

Con los anteriores correctivos, es posible la disminución de los niveles de evasión en la explotación de este monopolio, y se perdería un espacio importante de intervención, por parte de los operadores actuales o potenciales, en la elección de mandatarios locales y en la escogencia de la burocracia local.

En cuanto los arbitrios rentísticos, de una muestra que obtuvo la Empresa Territorial para la Salud, Etesa, se calculó la evasión y la elusión en algunos juegos localizados, en una cifra cercana al 55%. En general, la pírrica contribución de los juegos localizados podría explicarse porque la base gravable se estableció en la ley como un valor nominal sobre los instrumentos que se utilizan para el negocio, dejando de lado el valor de la apuesta, lo cual resulta incoherente y abre la posibilidad de dejar cuantiosos recursos, sin un control adecuado.

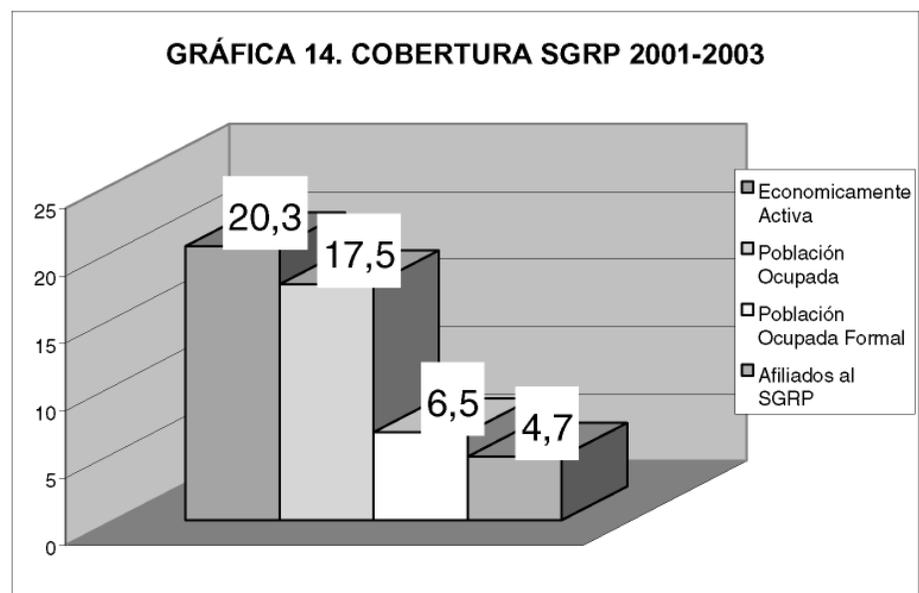
Por los motivos expuestos, se hace necesario un profundo cambio legislativo, para lograr que los juegos de suerte y azar cumplan con su razón de ser, que es originar rentas para la salud.

Otra fuente de financiación para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el gravamen por la expedición o renovación del permiso de porte de armas con una tarifa del 10% de un salario mínimo legal mensual, y de otro lado, otro tributo sobre las municiones y los explosivos, correspondiente al 5% de su valor. Según el reporte del Fosyga, la sumatoria de estos dos gravámenes no alcanzó la suma de cuatro mil millones de pesos en el año 2002. Este monto no resulta acorde con el volumen de armas en circulación en el país y con la utilización de explosivos, reflejando la idea falaz según la cual esta sería una sociedad desarmada.

#### Sistema General de Riesgos Profesionales

La ineficiencia e incapacidad del sistema para incorporar la totalidad de las poblaciones laboral activa, también se ve reflejada dentro del Sistema de Riesgos Profesionales, establecido en el libro tercero de la Ley 100 de 1993, el cual en el año 1994 cubría a 3.6 millones de personas y diez años después solo ha tenido un incremento del 23%<sup>7</sup>, es decir, que a 2004, solo había alcanzado un total de afiliados de 4.7 millones, que comparados contra la población económicamente activa de 20.3 millones, la población ocupada de 17.5 millones y la población formal ocupada que es de 6.5 millones, evidencia que solo el 27% de los trabajadores del país están cubiertos por este sistema, de allí que se deben diseñar mecanismos que permitan incorporar los trabajadores independientes, sin vínculo laboral formal al mismo.

GRÁFICA 14. COBERTURA SGRP 2001-2003



Por otra parte, al comparar los afiliados con la población formal ocupada, que debería estar cubierta en su totalidad, se observa que esta solo alcanza al 74%, es decir, el actual porcentaje de evasión al sistema, por parte de los patronos, es del 26% del total de sus trabajadores, evidenciándose ineficiencias en el proceso de recaudo de los aportes por este concepto.

También se encuentra un problema de ineficiencia en el flujo de los recursos destinados hacia los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en especial, lo referente a los recobros por atención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, además, de estar pendiente reglamentar un Plan Único de Cuentas para el Sistema General de Riesgos Profesionales, que permita el análisis detallado de los gastos e inversiones de las ARP, cuya gestión debe ser analizada, ya que sus resultados en cifras, como sucede con el número de accidentes de trabajo, demuestran un aumento sostenido desde el año 1996, evidenciando la ausencia de un desarrollo claro de programas de prevención, por parte de las ARP, en las diferentes empresas afiliadas.

#### Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT, no ha sido ajeno al fenómeno de corrupción que ha afectado a todo el sistema, situación evidenciada en la alta evasión del mismo, fraudes en la expedición y toma de las pólizas, así como elevados costos administrativos de su operación.

En la actualidad, siete compañías aseguradoras son las autorizadas para la emisión de este tipo de pólizas, las cuales son: Seguros del Estado, La Previsora, Agrícola de Seguros, Liberty, Mundial, Central y Colpatria.

La póliza cubre \$7,6 millones en caso de muerte de una víctima; \$23 millones por incapacidad permanente y \$6,3 millones por gastos médicos y hospitalarios. Los excedentes restantes los cubre la subcuenta ECAT del Fosyga.

El monto recaudado en el 2004 por el SOAT, entre primas emitidas y contribuciones ascendió a \$572.000 millones, de las cuales el valor neto de las primas correspondió a \$381.668 millones, al Fosyga se le giraron \$190.834 millones, \$76.337 millones al Fonsat y \$11.450 millones se destinaron al Fondo de Prevención Vial.

Es decir que si el costo de una póliza asciende a \$150.000, de estos \$50.000 van a la subcuenta ECAT del Fosyga. Los \$100.000 restantes, se distribuyen así, \$20.000 se destinan al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Fonsat, y \$3.000 para el Fondo de Prevención Vial. En conclusión, a la aseguradora le quedan \$77.000 por póliza.

En la siguiente tabla se hace un estimativo de la distribución del total de los recaudos a cada una de sus destinaciones.

<sup>6</sup> Estos recursos están siendo recuperados en este momento a través de sanciones administrativas a los gerentes y a las empresas. No obstante la gran mayoría de las loterías ya acató la orden de la Superintendencia Nacional de Salud de realizar la transferencia sobre el 100% y no sobre el 75% de las ventas.

<sup>7</sup> Datos tomados del informe número 5 del año 2004 del Ministerio de la Protección Social.

Destino del Ingreso	Distribución Recaudo	%	Recaudo Actual con Evasión del 30%	Recaudo sin Evasión
Fosyga	\$ 50,000	24	\$140,000,000,000	\$180,000,000,000
Fonsat	\$ 20,000	10	\$ 56,000,000,000	\$ 72,000,000,000
Fondo Prevención Vial	\$ 3,000	1	\$ 8,400,000,000	\$ 10,800,000,000
Aseguradoras	\$ 77,000	38	\$215,600,000,000	\$277,200,000,000
Valor Promedio Póliza	\$ 204,286	100	\$572,000,000,000	\$735,428,571,429

El año anterior las aseguradoras pagaron siniestros por \$198.464 millones de pesos y según el Viceministerio Técnico de la Protección Social, de los recursos que el Gobierno recibió el año pasado, se destinaron \$198.000 millones para responder por los accidentes de carros fantasma y cubrir el valor del tratamiento médico cuando excede las coberturas del SOAT. Parte de esos recursos también se destinaron a eventos catastróficos, daños por minas antipersonales, inundaciones, terremotos, huracanes, atención en salud a desplazados, entre otros.

Por otra parte la Superintendencia Bancaria, es partidaria de adelantar la revisión de las tarifas de las pólizas, partiendo de una estructura de evaluación de accidentalidad, según la cual, paguen más los vehículos que tienen mayores riesgos y menos los que tienen bajo riesgo, así como de establecer estrategias de control que reduzcan la baja cobertura de las mismas, especialmente en zonas apartadas donde no operan las compañías y que son aprovechadas por los falsificadores.

Según el Fondo de Prevención Vial, el transporte público, con el 50 por ciento de los casos y las motos son las que presentan la mayor accidentalidad. En Colombia en el 2003 se registraron 209.000 accidentes de tránsito, donde murieron 5.632 personas y resultaron heridas 36.743.

Otros hechos que preocupan son la elevada evasión y falsificación, que asciende al 30 por ciento. Se estima que de un parque automotor de 3,6 millones de vehículos particulares y públicos alrededor de 2,8 millones tienen el seguro. Lo que afecta los recaudos no solo de las Aseguradoras, sino del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

Otra clase de fraude se presenta cuando una persona acude en busca de atención en salud, fingiendo haber sufrido un accidente de tránsito, cuando en realidad tuvo una lesión en el hogar o en la calle. Lo anterior debido a la incapacidad que ha tenido el Gobierno Nacional, para alcanzar la cobertura universal en salud.

Dado que los problemas de iniquidad se han profundizado, no se ha logrado contener costos y no está demostrado que haya mejorado la eficiencia, ni la calidad en la entrega de los servicios de salud, en consecuencia, se hace evidente la necesidad de un marco analítico que vaya más allá de la lógica puramente financiera para abordar los actuales problemas de salud.

### C. Alto costo y tutelas

1. **Enfermedades de alto costo.** El valor estimado para la atención de enfermedades de alto costo está en un rango entre el 32.3% y el 11,6% de la UPC del Régimen Subsidiado, siendo el valor promedio por evento atendido de \$7.081.091<sup>8</sup>. En las investigaciones iniciales para establecer la UPC, se señaló que los eventos de alto costo corresponderían al 19.33% de la UPC; en un estudio comparativo de la información por contratación en Régimen Subsidiado, correspondiente al período 1° de julio de 2001 a 30 de junio de 2002, con información dada por cinco ARS, el peso en la UPC fue de 15.46%. En el 2001, el alto costo tuvo un peso porcentual del 10.31% de la UPC, mientras que el ISS, el costo fue del 30.94%<sup>9</sup>.

Lo anterior identifica cómo los operadores privados han venido adelantando un proceso de selección adversa en contra del ISS, orientando a los pacientes que presentan este tipo de patologías para que se trasladen o afilien a esta institución. Esta asimetría trató de ser subsanada mediante el Acuerdo 217 del CNSSS, el cual estableció un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud, en consonancia con ello el Acuerdo 242 del CNSSS desarrolló la metodología necesaria para la redistribución de la UPC, haciéndose efectivo para el año 2003. Sin embargo, nunca se llevó a cabo, dado que las ARS no reportaron la información necesaria para realizar el cálculo de redistribución de la UPC y posteriormente derogada por el Acuerdo

245 del CNSSS para los años siguientes; el tema ha sido abordado nuevamente en el año 2005, para el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica, mediante la definición de un coeficiente de ajuste de la UPC, que recibe cada EPS, según lo establece el Acuerdo 287.

El problema de la selección adversa de riesgos, es que los sobrecostos asumidos en el gasto médico por unos aseguradores, se transforma en utilidades desproporcionadas para otros. Así, en el desarrollo del Régimen Contributivo y Subsidiado se evidencia este fenómeno, ya que mientras en los aseguradores públicos—para el caso del contributivo—y en las ARS con procesos de referencia y contrarreferencia—para el caso del subsidiado—presentan pérdidas, los privados muestran un desmesurado crecimiento y capacidad de inversión hacia integraciones horizontales en el aseguramiento y verticales hacia la prestación.

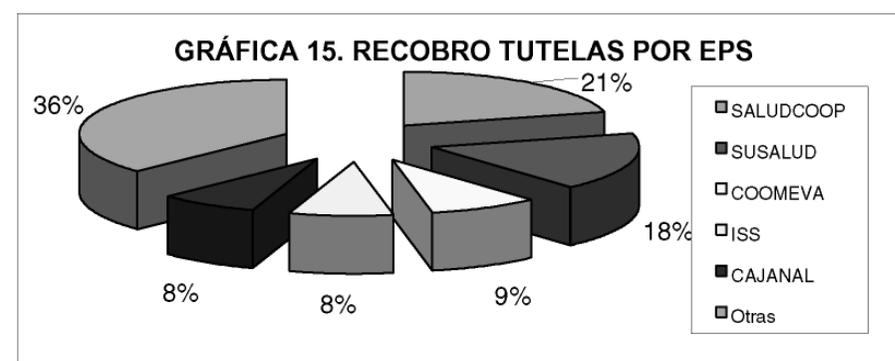
Adicionalmente, a largo plazo, una vez desaparecen los aseguradores seleccionados adversamente, los restantes terminarán asegurando a las poblaciones de mayor riesgo, alterando su propio equilibrio, dado que a ello no se pueden oponer por el mecanismo de libertad en la elección.

Por último, hay que resaltar otro elemento que no ha sido estudiado en profundidad, tanto en su aplicación como en su efecto: la obligatoriedad de la toma de un reaseguro por parte de los intermediarios, lo que implica un costo administrativo adicional al sistema, sin que haya evidencias claras de sus bondades y efectividad.

2. **Tutela.** El derecho a la salud ha sido protegido por la Acción de Tutela, por conexidad al derecho fundamental de la vida. Las principales demandas se encuentran en materia de acceso a intervenciones y medicamentos no contenidos en el POS, por lo que no son suministrados por las EPS o ARS. De allí que, el Sistema General de Seguridad Social permita acceder a estos, mediante aceptación que con dicho fin, realicen los comités técnico-científicos, mecanismo que se estableció como instancia que permitiera facilitar el acceso a este tipo de servicios, sin tener que recurrir a la justicia a través de la Acción de Tutela.

Los valores derivados de la prestación de servicios o entrega de medicamentos, ordenados tanto por la Acción de Tutela, como por los comités técnico-científicos, son recobrados por las EPS y ARS al Fosyga, con cargo a las subcuentas de solidaridad o compensación, según sea el caso, lo que hace que el monto de estas afecte el financiamiento de los dos regímenes, por tanto su impacto se analiza a continuación.

Según estudio del Ministerio de la Protección Social en el año 2004, se encontró que los recobros por Acción de Tutela, durante el año 2002, ascendieron a 51.100 millones de pesos, distribuyéndose porcentualmente por EPS con mayor incidencia de la siguiente forma: 20.77% Saludcoop, 17.5% Susalud, 8.54% Coomeva, 8.14% Seguro Social y 7.8% Cajanal.



Al analizar las causas por las cuales se instauraron acciones de tutela, se halló que el mayor peso porcentual correspondió a la acción de colocación de Stent Coronario con un 65%, el examen de carga viral para pacientes portadores de VIH con un 11% y el restante 34% se distribuyó en otro tipo de atenciones y entrega de medicamentos, no contemplados en el vademécum del POS<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Estudio realizado por la Universidad de Nariño, en el período comprendido entre agosto de 2002 a diciembre de 2003.

<sup>9</sup> Según la información reportada por las Empresas Solidarias de Salud.

<sup>10</sup> Dentro de este último grupo el 69% correspondía a entrega de medicamentos no POS, el 16% a procedimientos no POS y el 15% a incumplimiento de los periodos de carencia.

Respecto a los recobros por medicamento no incluidos en el POS, autorizados por los comités técnico-científicos su valor total a 2002, ascendió a \$29.128 millones, siendo las EPS con mayor incidencia Sanitas con \$10.959 millones, Salud Colmena con \$6.177 millones, Convida con \$5.393 millones, Caprecom con \$4.861 millones y Colseguros con \$4.387 millones. Esta información discriminada por regímenes muestra al Contributivo con el 90% y al Subsidiado con tan solo 10%.

En conclusión, observamos que el mayor peso porcentual de los recobros realizados al Fosyga, por Acción de Tutela y comités técnico-científicos, corresponde a acciones y medicamentos asociados a la atención de patologías de alto costo y en menor porcentaje, a limitantes de acceso o indefinición de los planes subsidiado y contributivo, por la imposibilidad dentro del actual Sistema de equipararlos en lo pertinente a contenidos. Aquí es importante anotar, que con base en estos resultados el CNSSS, incluyó dentro del POS, mediante el Acuerdo 282, varios medicamentos para la atención de patologías de alto costo, al igual que la acción de colocación de Stent Coronario.

Esto hace pensar que la problemática principal, derivada del uso de estos mecanismos para la obtención de servicios y medicamentos, es generada por la ausencia de cobertura universal, la existencia de barreras de acceso, tales como autorizaciones y períodos de carencia y las diferencias persistentes en los contenidos de los planes de beneficios, avanzar en la solución de estos factores, evitaría conflictos entre afiliados e intermediarios, especialmente, en el Régimen Subsidiado.

Consecuencialmente, se hace evidente la necesidad de establecer un mecanismo que corrija estas asimetrías e ineficiencias y permita la viabilidad financiera de los diferentes actores del sistema y a su vez, impida la generación de barreras de acceso a poblaciones que presenten patologías de alto costo.

#### D. Prestación de los servicios

Actualmente, la prestación de los servicios es brindada por IPS de origen público, privado o mixto, cuya articulación está a cargo de las entidades aseguradoras. Esto ha llevado a que un gran número de prestadores quede fuera de estas redes, situación favorecida por la incapacidad del Estado para regular la construcción de nueva infraestructura en salud, lo que ha permitido que los recursos estructurales no se apliquen de manera eficiente en beneficio de la salud para la población colombiana.

Este contexto se ve agravado, porque la Ley 100 de 1993 no contempla ningún tipo de limitante a la integración vertical entre asegurador y prestador, favoreciendo condiciones para la instauración de monopolio por parte de estos, verbigracia, Saludcoop-EPS, que incrementó su patrimonio en un 94%, gracias a que convirtieron la seguridad social en uno de los grandes negocios de Colombia.

Asimismo, producto de falta de claridad en la diferenciación entre aseguramiento y prestación, se ha venido constriñendo el acto médico, fundamentando la atención en la rentabilidad económica y en la contención de costos, lo que ha llevado al deterioro de la calidad de la atención, a diferir conductas y procedimientos, agravando en muchas oportunidades las condiciones de salud de los usuarios.

En países como Estados Unidos, donde es posible la integración vertical por adquisición o asociaciones del tipo Managed Care, la regulación para integraciones horizontales y verticales es muy estricta, sujeta a condiciones predeterminadas de mercados con fronteras territoriales bien definidas, buscando mantener un equilibrio en el poder del mercado entre aseguradores y prestadores.

En aras de la solución a esta problemática, proponemos a explorar modelos de integración de las IPS en redes que permitan el aprovechamiento de la estructura; b) La generación de economías de escala, y c) Facilitar los procesos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención. Bajo este esquema, según reporte del Ministerio de la Protección Social, actualmente en el país operan 110 redes públicas de prestación de servicios de salud, que han permitido mejorar la eficiencia y racionalizar los costos de las IPS que las conforman.

Se deben constituir regulaciones claras a la integración vertical entre aseguradores y prestadores, mediante el establecimiento de porcentajes

máximos de contratación con dicha red y la prohibición explícita de invertir recursos generados por la UPC contratadas, en la construcción de nuevas estructuras.

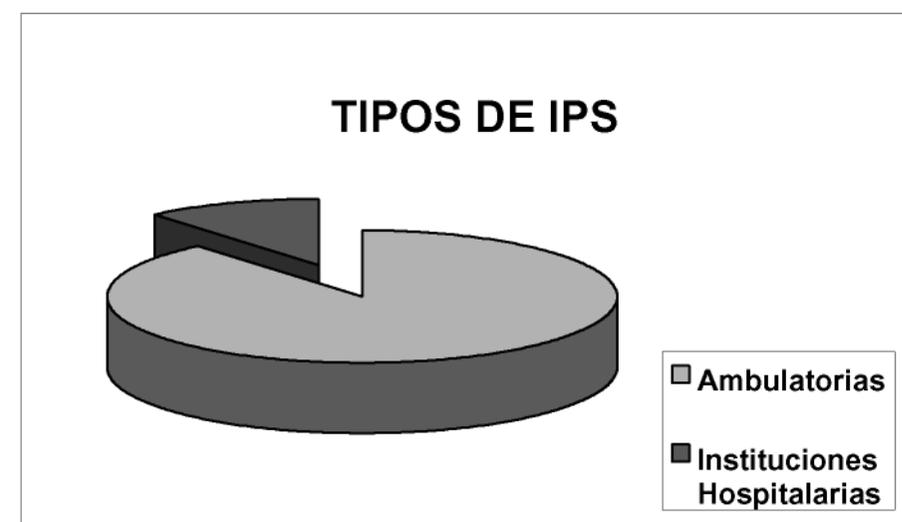
PRESTADORES REGISTRADOS	
<b>I.P.S.</b>	13,427
<b>Profesionales Independientes</b>	40,294
<b>Total Prestadores</b>	<b>53,721</b>

Fuente: Registro Especial de Prestadores Ministerio de la Protección Social, con corte a 15/10/04.



TIPOS DE IPS	
<b>Ambulatorias</b>	11,928
<b>Instituciones Hospitalarias</b>	1,499
<b>Total Prestadores</b>	<b>13,427</b>

Fuente: Registro Especial de Prestadores Ministerio de la Protección Social, con corte a 15/10/04.



Capítulo aparte merece la problemática actual de la Red Pública Hospitalaria y Universitaria, cuya causa fundamental no es la burocracia, como se ha venido presentando<sup>11</sup>, sino primero, la falta de transferencia oportuna de los recursos a través del Sistema General de Participaciones para la salud, fuente que financia la continuidad y ampliación de la cobertura del Régimen Subsidiado, que segundo, sumado al congelamiento de recursos del Fosyga por un monto cercano a 2.5 billones de pesos, invertidos en certificados de tesorería (TES), ha puesto en jaque al Sistema.

Otro factor etiológico de la actual crisis, es la indefinición de la propiedad, por parte del Gobierno Nacional de varias IPS, que históricamente han venido atendiendo población pobre, con cargo a

<sup>11</sup> Aunque es necesario realizar ajustes administrativos que garanticen su eficiencia, la mayor carga en esa crisis la tiene el Gobierno Central, pues paga tardíamente, y a tarifas irreales, los servicios que se prestan. Tan sólo para el año 2001, el 67% de los diez hospitales públicos universitarios más importantes tenía una cartera morosa mayor de 180 días.

recursos públicos, pero cuyo carácter no es claramente público, privado o mixto, ya que su origen se encuentra en el viejo sistema de asistencia y caridad pública, donde las donaciones de particulares, incluida la Iglesia, soportaban la atención de las poblaciones más vulnerables, dejándolas en un limbo jurídico, que les impide su adecuado funcionamiento que, junto a problemas estructurales y laborales, ha llevado al cierre de varios de ellos<sup>12</sup>. Esta situación financiera en los hospitales públicos ha llevado al desabastecimiento, falta de insumos y deficiente calidad de la atención, obligándolos a “vender servicios”, so pena de ser liquidados.

Así las cosas, para los usuarios, el panorama es cada vez más sombrío, pues al cerrar los hospitales que atendían prioritariamente sectores desprotegidos y vulnerables de la población, no pueden acceder a servicios médicos, resignándose a permanecer sin atención, consecuentemente agravando su cuadro clínico, o morir. De hecho, ha habido un incremento significativo de certificados de defunción firmados por médicos legistas del Instituto de Medicina Legal, en pueblos y ciudades, entre 2001 y 2003, el 60% de certificados que se expidieron fue de personas fallecidas en casa, contra 3% firmados en clínicas y hospitales.

Resalta, para efectos de la presente ponencia, considerar la expedición de pisos mínimos tarifarios para la prestación de los servicios de salud, pues en ausencia de ellos se ha sometido a las instituciones a una competencia desleal, a la par de colocar a los profesionales y trabajadores del sector a las peores condiciones laborales, siendo reflejo de ello que este sector es el que menos tiene beneficios de la seguridad social (Gallego Jaime, U.N., periódico septiembre 12 de 2004).

Por otra parte, un estudio adelantado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, en el período comprendido entre 1993 hasta 1999<sup>13</sup>, encontró los siguientes aspectos:

1. Que no es cierto que los hospitales no sepan facturar, hacer gestión, ni recuperar cartera, ya que antes de 1993, la principal fuente de financiación de los hospitales era el subsidio a la oferta, con un 36% reducido para 1999 a un 26.4%. Mientras que la venta de servicios pasó de 18.9% a un 30.7% en el total nacional.

2. Se desvirtúa la tesis de que los hospitales públicos son entidades burocratizadas con exceso de personal en planta. El estudio demuestra que el comportamiento del gasto en nómina, tomando en cuenta el personal en planta y el que está por contrato, se mantuvo a lo largo del período, en un valor cercano al 60% del total de los gastos de los hospitales.

3. A pesar de las evidencias anteriores, sigue existiendo un déficit hospitalario, cuya explicación está dada por variables del entorno versus niveles de complejidad de los mismos, situación que favorece principalmente a los hospitales de primer nivel<sup>14</sup>.

4. Otras circunstancias que determinan la ubicación de un hospital, se relacionan con los niveles de necesidades básicas insatisfechas de la población y el índice de calidad de vida, existiendo una correlación inversamente proporcional entre estas variables y la viabilidad del hospital.

5. Finalmente, el estudio concluye que la cobertura de la seguridad social es el elemento fundamental para la factibilidad del hospital, mostrando que en los municipios con mayores porcentajes de población afiliada, un gran número de los hospitales pasan a tener estados financieros superavitarios o por lo menos alcanzan el punto de equilibrio; esto evidencia que es imposible lograr eficiencia en los hospitales, cuando a nivel macro del sistema esta se ve alterada por el estancamiento de la cobertura, fuente natural de financiamiento del mismo.

#### NUMERO DE HOSPITALES CONVERTIDOS vs. NO CONVERTIDOS EN ESE

CONVERTIDOS	Nº HOSPITALES	%
ESE	615	86.6
No ESE	50	7.0
Centros de Salud fuera de ESE	45	6.3
<b>Total</b>	<b>710</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

Por otra parte la conversión de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado ha alcanzado un 86,6%, lo que indica el grado de profundidad que ha alcanzado este modelo, que implica la descentralización de la prestación de los servicios, la autonomía administrativa de los mismos y su responsabilidad sobre la gestión de los recursos.

En conclusión, la crisis hospitalaria no puede ser atribuida prioritariamente a ineficiencias de la operación de los hospitales públicos, sino que su etiología se explica más por ineficiencias macroeconómicas desde el punto de vista de la expansión de las coberturas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a realidades sociales locales de los municipios en que opera la red, lo que obliga a establecer estrategias de salvamento de esta, que realmente respondan a la problemática que enfrenta las instituciones públicas dentro de su entorno.

#### E. Vigilancia, control y regulación

Antes de describir los actores responsables de los procesos de regulación, en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, tomamos en cuenta algunas definiciones dadas por expertos en el tema.

Para Mitnick, “la regulación se refiere a una función pública que restringe las actividades de los agentes que participan en el mercado, de manera intencional y con el propósito de garantizar el bien común. En el ejercicio de esta se diferencian dos elementos, el primero las instituciones o normas regulatorias que se expresan en leyes y reglamentos y como segundo los organismos que ejercen la función regulatoria, quienes son los responsables de proporcionar una estructura a las relaciones con los individuos”.

Según Ferreiro, “la regulación implica un proceso llevado a cabo por las organizaciones reguladoras, el cual comprende a un mismo tiempo el diseño y generación de normas, acompañado de la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación, lo que hace posible distinguir la función normativa de la labor de fiscalización y control”.

Con Mitnick, podría considerarse como equivalentes las funciones de rectoría y de regulación, sin embargo, su diferenciación yace sobre las motivaciones de los ejecutores de cada una de ellas, así, mientras al Rector lo motiva el interés colectivo, al regulador lo motiva el económico, traducido en individualismo. En este contexto, según Armstrong, los fallos en la rectoría son independientes a la voluntad del Rector, mientras que en la regulación son inherentes a la persecución que haga este a sus propios intereses.

La Rectoría y la Regulación, deben influir básicamente, sobre los siguientes campos funcionales de un Sistema de Salud:

a) Sobre la prestación de los servicios, garantizando que sean adecuados, acordes con las necesidades de la población, de manera que sean oportunos y se priorice su acceso a los más necesitados;

b) Sobre la generación de recursos, siendo guardián de la calidad, la valoración tecnológica, la conducción del mercado y el ajuste de los flujos de información entre agentes;

c) Sobre el financiamiento, manteniendo un equilibrio justo entre las fuentes de recursos, la protección de las poblaciones contra el riesgo financiero que le implica enfermarse y la elección adecuada del lugar de atención y de cómo prevenir este riesgo, de manera que se garantice la recuperación del estado de salud, en caso de requerir la atención de una patología, utilizando de manera eficiente y con calidad los recursos existentes.

<sup>12</sup> A manera de ejemplo, se encuentra el caso del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, institución responsable por muchos años de la atención de la población pobre de todo el país y de la formación de los profesionales de Salud de la Universidad Nacional de Colombia, considerado hoy insignia al desinterés y desgüeño por parte del Gobierno Nacional hacia la crisis hospitalaria que vive Colombia.

<sup>13</sup> Sobre una muestra de 487 hospitales de primero, segundo y tercer nivel públicos, cuya fuente de información ha sido el Ministerio de la Protección Social.

<sup>14</sup> En especial si esta variable se correlaciona con la de categoría municipal, donde el resultado favorece a los hospitales de primer nivel ubicados en municipios de categoría uno.

En el Sistema General de Seguridad Social Colombiano, según Londoño y Frenk, en 1997, la regulación incluye cinco aspectos básicos a saber:

1. De Desarrollo: Por medio de la formulación y planeación de políticas generales.

2. De Coordinación: Entre los diferentes niveles del Gobierno y entre este con el sector privado, con el fin de llevar a cabo acciones concertadas en pro de la equidad y la eficiencia.

3. De Financiamiento: Permitiendo la movilización de recursos en el marco de la contención de costos.

4. De Protección al consumidor: Mediando conflictos entre estos y los aseguradores y prestadores de servicios y haciendo pública la información sobre el desempeño de estas entidades.

5. De Reglamentación: Estableciendo normas entre prestadores y articuladores, reglamentando la generación de recursos, los mercados de medicamentos y la evaluación tecnológica de equipos.

Dentro de este modelo la regulación la ejercen tres organismos con funciones diferenciadas, como son:

1. **El Ministerio de la Protección Social:** Quien define políticas y expide normas generales. Esta entidad se encuentra en la mayor crisis de su historia, producto de las miopes políticas del Gobierno Central, que fusionó las carteras de Salud y Trabajo, bajo una orientación de la reducción del gasto, desconociendo las dimensiones que esta decisión conllevaba; como reflejo el Ministerio, más que un generador de políticas se ha convertido en un apaga incendios, incapaz de responder las exigencias y responsabilidades de las dos funciones, lo anterior sumado al debilitamiento de la capacidad de análisis técnico, por parte de las direcciones del mismo, a causa del despido de personal capacitado, ha dejado a merced de los operadores externos, especialmente privados, el manejo de la información clave para el diseño e implementación de políticas públicas de salud, lo cual se expresa en las normas que expide, que en múltiples casos, defienden el interés privado sobre el común.

Así, se contradicen las recomendaciones que en 1996, hizo el estudio contratado por el Gobierno Nacional, con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, el cual propuso fortalecer el Ministerio de Salud, en los aspectos relacionados con la competencia técnica de su personal, adecuándolo más al control operativo de la prestación de los servicios, que a regular el sistema, al igual que con la realización de funciones asociadas al análisis en la planeación general de políticas, investigaciones económicas, regulación de la calidad, evaluación de los requisitos tecnológicos, análisis de políticas de recursos humanos y suministro de asistencia técnica en capacitación institucional en todos los niveles.

Por otra parte, las políticas de investigación, en el ámbito nacional, dadas por el Ministerio de la Protección Social y Colciencias, no han dado prioridad a los temas referentes a sistemas y políticas de salud, en comparación con el apoyo dado a los temas de las áreas biomédicas. Además, el empleo de recursos que financian estas investigaciones ha estado marcado por la ineficiencia y utilización incompleta, según Yepes, Sánchez y Ramírez, en un estudio del año 2002.

2. **La Superintendencia Nacional de Salud:** Encargada de inspeccionar, vigilar y controlar las conductas de los agentes involucrados en el sistema. Este organismo no ha podido responder con oportunidad, ni eficiencia a las diferentes situaciones de violación de derechos a los afiliados, fallas en la prestación de los servicios, corrupción dentro y entre los actores del sistema, moras en los pagos, etc., dado que se encuentra centralizada y con una baja capacidad operativa, lo que dificulta su accionar, a la par de ser organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social, convirtiéndose indirectamente en juez y parte dentro del sistema.

El estudio de Bitran y Asociados, determinó que las entidades sujetas a control, superan las posibilidades reales de acción de la Superintendencia,

tanto por dificultades financieras como por insuficiencia y debilidad de coordinación a escala local; de manera similar, presenta debilidades en las actividades de control, por factores tales como, la carencia de mecanismos concretos de selección y seguimiento de casos de entidades de estudio, la dificultad para el procesamiento de la información reportada por los vigilados y las numerosas normas que regulan el SGSSS, las cuales en varios casos son confusas y contradictorias.

Por otra parte, aunque tiene la potestad legal de transferir a las Secretarías de Salud funciones de vigilancia y control, esto no se ha realizado, situación agravada por no haber desarrollado un real sistema de inspección, vigilancia y control, capaz de articular a los actores y que permita el impulso de un ágil modelo de desconcentración de funciones.

El informe Harvard expuso la necesidad de fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud y crear unidades Departamentales o Seccionales, para evitar conflictos de intereses y oportunidades de corrupción que se pueden desprender de delegar la vigilancia local a las Direcciones Territoriales.

Finalmente, la Superintendencia Nacional de Salud, se ha visto afectada por casos de corrupción a su interior y no ha sido ajena a la influencia política, en beneficio de determinados actores involucrados en el sistema.

3. **El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:** Organismo de dirección permanente, encargado de definir el contenido y valor de los planes, montos de las cotizaciones y distribución de recursos, está conformado actualmente por 14 miembros, cuya representación porcentual se da de la siguiente manera: Sector Gubernamental 43%, Sector Privado 36% y Usuarios y Trabajadores 21%, lo que implica un desequilibrio político para la toma de decisiones, dado que el Gobierno ejerce una posición dominante sobre los demás sectores.

Tres condiciones apoyan la superioridad del poder estatal, como son que los miembros del Consejo, que no son representantes gubernamentales, los selecciona el Gobierno Nacional, bajo criterios de calidad que no se definen específicamente en el reglamento, lo cual deja posibilidad de elección discrecional a conveniencia del gobierno. En el mismo sentido, el Ministerio de la Protección Social define la mayoría en los casos de empate. Además, se requieren al menos dos Ministros para las sesiones y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público tiene poder de veto, sobre decisiones que impliquen recursos fiscales con efectos macroeconómicos.

Se aprecia también, que algunos miembros del Consejo han circulado entre representaciones de la empresa privada o de los usuarios y del Gobierno, situación que pone en duda la verdadera independencia entre los diferentes intereses en el sector, permitiendo la asociación entre miembros para la captura de intereses.

Por otra parte, la alta rotación de los integrantes, en especial los de origen Gubernamental, dificulta el desarrollo de políticas a largo plazo, que permitan la eficiente implementación del Sistema, situación agravada por el hecho de la inexistencia de requisitos mínimos de formación académica para poder ejercer la representación de un sector dentro del Consejo, lo cual ha generado que las decisiones no tengan un carácter eminentemente técnico, sino más de respuesta a intereses particulares.

Además, el poder ejecutivo y en general los representantes del Gobierno, que en teoría encarnan el bien común, se han visto influenciados por los diversos grupos de interés, en razón a que estos siempre buscarán mayores recursos financieros y utilidades económicas, además de perseguir la transferencia de los riesgos propios de su actividad económica a otros agentes, situación que se agrava, si se tiene en cuenta que las EPS, a través de organizaciones como ACEMI, han realizado una apropiación de la información de su sector, la cual en esencia es pública y no debe ser usufructuada para el beneficio de los particulares.

Como evidencia de lo expuesto, se anexa tabla, que indica el promedio de duración en años de los diferentes miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**PROMEDIO DE DURACION MIEMBROS DEL CNSSS**

	Miembros Reglamentarios	Promedio duración años
<b>GOBIERNO</b>	Ministro de Salud	1.4
	Ministro de Trabajo y Seguridad Social	1.0
	Ministro de Hacienda y Crédito público	1.6
	Representante de entidades departamentales de salud	1.6
	Representante de entidades municipales de salud	1.1
	Representante legal del ISS	1.7
	Promedio	1.4
<b>Empresa</b>	Representante de los empleadores (grande)	2.3
	Representante de los empleadores (mediano y pequeño)	1.7
	Representante de las EPS	1.2
	Representante de las IPS	4
	Representante de los profesionales del área de la salud	8.0
<b>Usuarios</b>	Promedio	3.44
	Representante de los Trabajadores	8.0
	Representante de los trabajadores (pensión)	1.6
	Representante de usuarios de los servicios de salud del sector rural	4.0
	Promedio	4.5
	Secretario Técnico (Director General de seguridad social del Ministerio)	1.4

Fuente: Actas e informes anuales del Consejo y decretos reglamentarios elaborado por Sandra Rodríguez integrante de GES.

Otro reflejo de esta problemática es el retraso en la discusión de temas prioritarios para el sistema, como la revisión del POS en materia de valor de la UPC en ambos Regímenes, aspectos financieros como el congelamiento de recursos del Fosyga por parte del Gobierno Nacional y las dificultades de flujo de recursos dentro de los diferentes actores del sistema.

Sin embargo, a pesar de las falencias enunciadas, el Consejo ha sido un escenario de concertación de los diferentes actores, desarrollando una amplia normatividad, la cual a la fecha se ha visto reflejada en la expedición de 267 Acuerdos, en 151 sesiones que, en relación con los asuntos tratados, corresponden al 60% en manejo financiero del Fosyga, 21% referentes a cobertura, 8% a la definición de la UPC, 5% a realizar modificaciones al POS y un 4% a la definición de su propio reglamento.

En conclusión podemos afirmar que se debe fortalecer estructuralmente el Consejo, desde la exigencia de un perfil académico de sus miembros, pasando por brindarles una mayor autonomía, estabilidad e independencia para la toma de decisiones del sector gubernamental y ofreciéndoles herramientas necesarias que los nutran de información pertinente para la adecuada toma de decisiones.

**F. Sistema de Información**

Otro aspecto de vital importancia para el adecuado desarrollo del SGSSS, es el diseño e implementación de un sistema de información gerencial que permita realizar seguimiento a los diferentes agentes y actores participantes.

En los diez años que lleva la reforma no se han hecho avances importantes al respecto, con lo cual se ha visto afectada la generación de políticas, dada la inexistencia de información que permita una formulación acertada de ellas.

Los pocos procesos de desarrollo de sistemas de información han estado orientados a los aspectos financieros y de afiliación del Régimen Contributivo, dejando fuera los datos provenientes del Régimen Subsidiado, lo que ha facilitado la multifiliación dentro del sistema, ya sea entre un mismo régimen o entre todos los regímenes.

Uno de los aspectos más relevantes, prácticamente abandonado en la búsqueda del desarrollo de un sistema de información, es el epidemiológico, situación que muestra el desgreño y desinterés del Gobierno Nacional hacia la salud pública, facilitando, entre otras cosas, la aparición de enfermedades que se creían controladas, al no existir un sistema capaz de disparar las alarmas de manera oportuna.

Finalmente, los pocos esfuerzos que se han desarrollado en materia de sistemas de información, no han sido construidos sobre plataformas tecnológicas compatibles, lo que está dificultando, el cruce de sus bases de datos, perdiéndose con ello el obtener información valiosa para la administración del SGSSS.

**V. Propuestas de solución**

Recapitulando, se ha visto cómo es imperiosa la necesidad de transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido en el libro segundo de la Ley 100 de 1993, por el que se denomina en el proyecto de ley, **Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Sisesa**, al igual que reformar el libro tercero de la misma ley y hacer modificaciones a la Ley 715 en lo referente a Salud, con el objetivo de cumplir con los preceptos consagrados en la Constitución Política, para lo cual se plantean las siguientes modificaciones con sus objetivos y estrategias:

**A. Salud Pública**

Teniendo en cuenta el incremento de enfermedades emergentes y reemergentes, se hace necesario la formulación de un plan de salud pública colectiva, con las siguientes características: Que la responsabilidad esté a cargo del Estado, ejecución desarrollada principalmente por parte de la red pública de servicios de salud, debidamente articulado y financiado con actores y fuentes claras de recursos, con cobertura universal, indiferente al tipo de régimen al que pertenezca el usuario, y orientado a la obtención de resultados que modifiquen de manera positiva los perfiles epidemiológicos de los habitantes del territorio nacional.

Para el cumplimiento de estos enunciados, se plantean las siguientes estrategias:

- Transformar la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga en la llamada subcuenta de Salud Pública Colectiva.
- Financiar la mencionada subcuenta con aporte de las denominadas Entidades Administradoras de Salud, EAS, que operen el Régimen Contributivo y el Solidario, procedentes de las UPC de sus afiliados.
- Utilizar los recursos de los municipios y departamentos, provenientes del SGP, destinados a Salud Pública.
- Incrementar los aportes por concepto de compra de armas de fuego, explosivos y municiones a un 10% y un 20% de su valor respectivamente.
- Trasladar, por parte de las ARP, el siete por ciento de los recaudos totales por este concepto, realizados por el Fosyga, a esta subcuenta.
- Tomar, como estrategia de intervención comunitaria y aplicación de estos recursos, un modelo de atención basado en equipos de salud familiar.
- Transformar el INS, en una Empresa Industrial y Comercial del Estado, con capacidad productora de medicamentos, biológicos, sueros, reactivos y demás elementos afines a su objeto social.

**B. Universalización de la cobertura**

La presente ponencia busca alcanzar la cobertura universal en salud para todos los habitantes del territorio nacional, sin ninguna clase de diferenciación por condición económica, social, cultural o de raza, mediante la búsqueda de nuevas fuentes de recursos y la mejor aplicación de los existentes, para lo cual se plantean las siguientes estrategias:

- Consolidación contable de todas las fuentes de recursos que financian el Sisesa, en las diferentes subcuentas del Fosyga y el SIINS.
- Cambiar de un modelo de aseguramiento a un modelo de administración en salud.
- Transformar el Régimen Subsidiado en el Régimen Solidario.
- Transformar las EPS y ARS, en Entidades Administradoras de Salud, EAS, cuya naturaleza será sin ánimo de lucro, de origen público, privado o mixto.

- Establecer un pago por la administración, correspondiente a un porcentaje de las UPC de sus afiliados, para las entidades que operen tanto el Régimen Contributivo como el Solidario.

- Realizar el recaudo, por parte del Fosyga, de las cotizaciones del Régimen Contributivo y del Sistema de Riesgos Profesionales y Accidentes de Trabajo.

- Realizar pagos directos desde el Fosyga o el municipio a las Redes Integradas de Servicios, contratadas por las EAS, previa autorización de giro dada por estas, como resultado de la verificación del mejoramiento de los estados de salud de sus afiliados y de la auditoría médica y de cuentas que hayan adelantado.

- Aplicar el principio de solidaridad a la Medicina Prepagada, planes complementarios y pólizas de salud, mediante aportes a la subcuenta de solidaridad.

- Modificar las proporciones de los recursos para subsidios a la demanda y subsidios a la oferta del Sistema General de Participaciones, establecidos en los artículos 48 y 49 de la Ley 715 de 2001.

- Reducir la elusión y evasión y aumentar la afiliación al Régimen Contributivo, mediante la retención directa de los aportes de salud de los contratistas. Esta cotización que será del 12%, se distribuirá así: el 4% del valor contratado, por parte de las personas naturales y jurídicas contratistas, y el 8% restante a cargo del contratante.

- Permitir la afiliación de los trabajadores de la economía informal desde un salario mínimo legal vigente de cotización, gracias a la solidaridad interna de la subcuenta de compensación.

- Aumentar los aportes de las cajas de compensación familiar a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, a un 15% del total de sus ingresos.

### C. Metas de afiliación al Régimen Contributivo

Con base en las estrategias planteadas, las metas de afiliación, plasmadas en el siguiente cuadro, para el Régimen Contributivo, son calculadas teniendo en cuenta la UPC promedio del mismo, cuyo valor es de \$365.673.6<sup>15</sup>, la densidad familiar de 2.33 y el promedio salarial de 1.95 con el cual cotizan actualmente los afiliados<sup>16</sup>.

METAS DE AFILIACION DEL SISESA PROYECTADAS ENERO DE 2006

TIPO AFILIACION	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	TOTAL AFILIADOS	VALOR UPC	COTIZACIONES	COMPENSACION
Contributivo Actual	6,304,721	8,385,279	14,690,000	\$5,371,745,184,000	\$6,753,945,012,876	\$1,382,199,828,876
Contributivo Contratistas	1,480,687	1,969,314	3,450,001	\$1,261,574,179,628	\$1,586,188,910,124	\$324,614,730,496
Contributivo Informales	1,000,000	1,330,000	2,330,000	\$852,019,488,000	\$549,360,000,000	-\$302,659,488,000
Especiales	643,777	856,223	1,500,000	N.A.	N.A.	N.A.
<b>TOTALES</b>	<b>9,429,185</b>	<b>12,540,816</b>	<b>21,970,001</b>	<b>\$7,485,338,851,628</b>	<b>\$8,889,493,923,000</b>	<b>\$1,404,155,071,371</b>

### D. Metas de afiliación Régimen Solidario y transitorio

Teniendo en cuenta el resultado proyectado de afiliados al régimen Contributivo y partiendo de la base de que a) La población colombiana para el año 2005 se estima en 45 millones de habitantes, según proyección del DANE; b) Que por problemas de identificación un 10% de esta población no se podrá incorporar al Régimen Solidario de manera inmediata, o ha emigrado del país, y c) Que a esta se le atenderá solo los servicios de Urgencias, como población transitoria a incorporarse al sistema, la meta de afiliación, brindando un Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, similar en contenidos al del Régimen Contributivo, excepto por sus prestaciones económicas, cuya UPC se establece en \$300.000<sup>17</sup>, y para el caso de la población transitoria un valor promedio de \$40.000, para garantizar el pago de la urgencia a la Red que la preste, su valor calculado es el siguiente:

#### VALOR UPC SEGUN REGIMEN

	AFILIADOS	VALOR UPC
<b>R. SOLIDARIO</b>	18,529,999	<b>\$5,558,999,787,000</b>
<b>R. TRANSITORIO</b>	4,500,000	<b>\$180,000,000,000</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23,029,999</b>	<b>\$5,738,999,787,000</b>

### E. Prestación de los servicios de salud

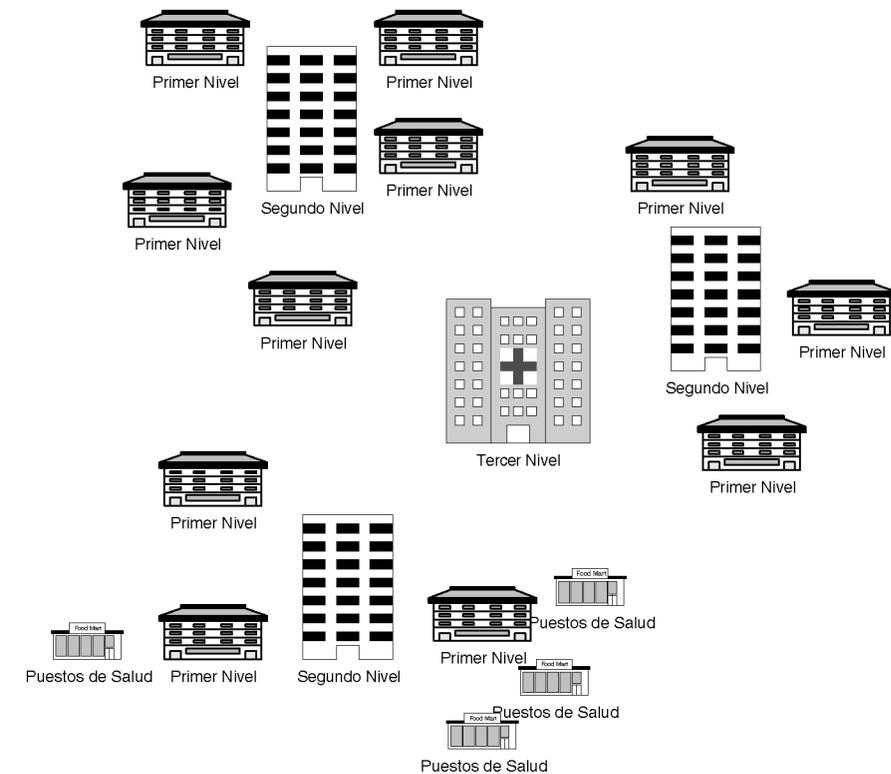
Con el objetivo de lograr una óptima y eficiente aplicación de los recursos físicos, humanos y financieros en la efectiva prestación de los

servicios de salud, se plantea la integración de las actuales IPS en las denominadas Redes Integradas de Servicios, con las cuales las EAS contratarán obligatoriamente el Plan de Atención Integral en Salud, PAIS.

De otra parte, para garantizar una contratación digna del personal involucrado en la prestación del servicio en estas redes, se propone que mediante estudios técnicos se establezca un salario mínimo profesional y un manual de tarifas, que serán de obligatorio cumplimiento por parte de las diferentes entidades del Sisesa.

La siguiente gráfica muestra una propuesta modelo de dinámica de integración en redes, de orden vertical, lo que permitiría el desarrollo de economías de escala, logrando obtener una mejor eficiencia en la aplicación y ejecución de los recursos, en la prestación de los servicios.

### DINAMICA DE INTEGRACION EN REDES



De igual forma, se adopta la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque familiar y comunitario. Esta opción contribuirá a superar la fragmentación actual del sistema, integrando los servicios curativos y preventivos, los individuales y colectivos, para resolver hasta del 80% de los problemas de salud.

En el proyecto se le ha denominado “Atención Primaria Integral en Salud (APIS)”, para hacer énfasis en que no se trata del tradicional primer nivel de atención del actual sistema. La APIS será complementaria con el PASP-Colectivo y con los demás servicios de Medio y Alto Costo, incluidos en el Plan de Atención Integral en Salud, PAIS, del cual a su vez hace parte integral.

El APIS permite también organizar el papel del sector salud en la gestión pública transectorial, al integrar las acciones de los diferentes organismos de planeación, Ministerios, y Secretarías territoriales, en torno de la búsqueda y obtención de contextos adecuados para la conservación y recuperación de la salud de la población.

De esta forma, el APIS se convierte en puerta de entrada al sistema y, al mismo tiempo, en una respuesta efectiva a las necesidades de salud y calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. El APIS debe ser universal y de la misma calidad y oportunidad sin discriminación, ni diferencias según la capacidad de pago de las personas, como se ha sugerido en la presente ponencia.

<sup>15</sup> Establecida en el Acuerdo 282 del CNSSS.

<sup>16</sup> Según estudio adelantado por la Fundación Corona en mayo de 2004.

<sup>17</sup> Para el desarrollo de este punto se ha teniendo en cuenta lo propuesto por Acemi en exposición realizada el día 29 de septiembre de 2004, ante la Comisión Séptima del Senado de la República.

Adicionalmente, en respuesta al estado de crisis en que se han visto involucrados la mayoría de hospitales del país, se generan estrategias que protejan la Red Pública de servicios, como son:

- Definición de tarifas y salarios mínimos de contratación de servicios y trabajadores del sector salud.
- Pago anticipado del 100% de los valores contratados por medio de capitación y del 60% para cualquier otra modalidad de contratación.
- Contratación en el Régimen Solidario de mínimo el 60% de valor de las UPC con la Red Pública.
- Destinar los excedentes de la Subcuenta ECAT del Fosyga, para actualización tecnológica de los Hospitales.
- Destinar los recursos del Fosyga que actualmente están invertidos en deuda pública, al pago de las acreencias que tiene el Estado con la Red Pública Hospitalaria, al igual que para su reorganización y reestructuración funcional.

Finalmente, en la siguiente tabla se condensa el estimado de recursos, que mediante las estrategias operativas, planteadas en la presente ponencia, recibirán los Hospitales Públicos, por las diferentes fuentes.

RECURSOS HOSPITALES	
65% de UPC Contratada Obligatoriamente por Régimen Solidario	\$3,613,349,861,550
Sistema General de Participaciones Oferta	\$484,965,420,000
Recursos de Promoción y Prevención Contributivo	\$598,827,108,130
Sistema General de Participaciones Salud Pública	\$329,406,400,000
<b>TOTAL</b>	<b>\$5,026,548,789,680</b>

#### F. Alto costo

Teniendo en cuenta que la atención de las patologías de alto costo se ha convertido en un elemento desequilibrante, en términos de financiación, para algunos actores del sistema y que en algunas ocasiones ha llevado a prácticas de barreras de acceso para este tipo de pacientes, se propone la creación de la Subcuenta de Atención Enfermedades de Alto Costo, AEAC, adscrita al Fosyga cuya financiación estará dada por los siguientes recursos:

- Un porcentaje de las UPC del Régimen Contributivo.
- Un porcentaje de las UPC del Régimen Solidario.
- Los rendimientos de estos recursos.

Estas fuentes, representarían los siguientes recursos a la subcuenta, si se estima un porcentaje del 19% de la UPC, como factor de cálculo:

REGIMENES	AFILIADOS	ALTO COSTO (19%)
Contributivo Actual	14,690,000	\$1,020,631,584,960
Contributivo Contratistas	3,450,001	\$239,699,094,129
Contributivo Informales	2,330,000	\$161,883,702,720
Especiales	1,500,000	N.A.
Solidario	18,529,999	\$1,056,209,959,530
Transitorio	4,500,000	N.A.
<b>TOTAL</b>	<b>45,000,000</b>	<b>\$2,478,424,341,339</b>

#### G. Financiación Régimen Solidario

Los requerimientos de recursos calculados para obtener la cobertura proyectada del Régimen Solidario se financiarán discriminadamente por las siguientes fuentes:

##### FINANCIACION DEL REGIMEN SOLIDARIO

FUENTES	VALORES 2005
Solidaridad Contributivo	\$740,791,160,250
Solidaridad Especiales	\$77,469,551,362
PARYPASU	\$818,260,711,612
Cajas de Compensación	\$109,722,345,172
SGP Demanda	\$2,424,827,100,000
SGP Oferta	\$484,965,420,000
Contribución Prepagada	\$175,430,479,173
Rentas Cedidas	\$525,780,791,166
Recursos Propios	\$424,000,000,000

FUENTES	VALORES 2005
ETESA	\$37,100,000,000
Multas y Excedentes	\$73,756,051,138
Rendimientos	\$111,411,979,646
<b>TOTAL</b>	<b>\$6,003,515,589,519</b>

**Solidaridad Régimen Contributivo y de Regímenes especiales:** Este valor corresponde a la doceava parte de las cotizaciones de la población afiliada al Régimen Contributivo, bajo las estrategias de incorporación planteadas en la presente ponencia, más la misma proporción de aporte que actualmente realizan los Regímenes Especiales. El monto actual sumados ambos aportes asciende a \$620.000.000.000.

**Cajas de Compensación Familiar:** Actualmente el aporte, según lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, es de \$69.000.000.000, al elevarlo en los términos planteados en la ponencia este correspondería a \$103,511,646,389, cifra que además se soporta sobre el crecimiento que han tenido las mismas en el último año, el que se refleja en el siguiente cuadro.

##### UBICACION DE LAS CCF EN LAS 100 EMPRESAS MAS GRANDES DE COLOMBIA - 2004

EMPRESA	LUGAR	INGRESOS OPERACIONALES	UTILIDAD OPERACIONAL	UTILIDAD NETA
CAFAM	35	\$865,377,000,000	\$18,850,000,000	\$7,778,000,000
COLSUBSIDIO	42	\$723,803,000,000	\$26,122,000,000	\$37,883,000,000
COMPENSAR	62	\$487,251,000,000	\$13,665,000,000	\$18,003,000,000
COMFANDI	88	\$329,070,000,000	\$66,083,000,000	\$15,464,000,000
<b>TOTAL</b>		<b>\$2,405,501,000,000</b>	<b>\$124,720,000,000</b>	<b>\$79,128,000,000</b>

Fuente: Empresas, Supervalores y Cámaras de Comercio

**Parypasu:** El Gobierno Nacional ha venido desconociendo el pago del Parypassu al Fosyga, en los términos que establece el artículo 221 de la Ley 100 de 1993, pese a que la Corte Constitucional, en repetidas sentencias, ha ordenado su cancelación, por tal motivo, el articulado propuesto, en la presente ponencia, ratifica los términos en que se define el mismo, es decir, un monto equivalente al resultado de sumar la doceava parte de los aportes de los afiliados al Régimen Contributivo.

Este monto, dentro del esquema propuesto, es de \$818,260,711,612, de los cuales el Gobierno Nacional sólo planea incorporar, en el presupuesto nacional para el año 2005, un valor de \$250.000.000.000, incumplimiento que se convierte en una de las principales causas de iniquidad dentro del sistema, al impedir el logro de cobertura universal y la unificación de los contenidos de los planes de beneficios.

**Sistema General de Participaciones con Destino a Subsidios a la Demanda:** Se propone que el 75% del total de los recursos del Sistema General de Participaciones con destinación específica para Salud, sea destinado al financiamiento de subsidios a la demanda, con el objetivo de alcanzar la cobertura universal y la unificación de los contenidos de los planes de beneficios.

**Sistema General de Participaciones con Destino a Subsidios a la Oferta:** Con el fin de atender a la población que no tiene documento de identificación o no le interesa ser ubicada e identificada, se deja un remanente de subsidio a la oferta, proveniente de los recursos del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, cuyo monto total es de \$484,965,420,000, el cual será administrado por los fondos departamentales de salud, para la cobertura y atención exclusiva de las urgencias que presente esta población.

En resumen, la propuesta modifica la distribución del Sistema General de Participaciones, de la forma expuesta en la siguiente tabla, con base en las cifras del CONPES número 90 del año 2005.

##### DISTRIBUCION DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES 2005

COMPONENTE	PROPUESTA	%	ACTUAL	%
DEMANDA	\$2,424,827,100,000	75	\$1,630,600,800,000	50
OFERTA	\$484,965,420,000	15	\$1,252,870,300,000	39
SALUD PUBLICA	\$323,310,280,000	10	\$349,630,900,000	11
<b>TOTAL</b>	<b>\$3,233,102,800,000</b>	<b>100</b>	<b>\$3,233,102,000,000</b>	<b>100</b>

Fuente: CONPES N° 90.

**Contribución Medicina Prepagada:** La venta de pólizas y planes de medicina prepagada, que corresponde a gasto de bolsillo de colombianos con elevada capacidad adquisitiva, tiene un valor anual de \$1.103.336.347<sup>18</sup>, por tanto la ponencia plantea un aporte solidario de un 15% de su valor, lo que corresponde a un monto de \$165,500,452,050, con destino específico, para financiar la afiliación al Régimen Solidario de las poblaciones pobres del país.

#### H. Operación modelo de Salud Pública Colectiva

El costo del Programa de Salud Pública Colectiva, bajo el modelo familiar y comunitario, se calcula a continuación, discriminando el personal requerido y número de equipos necesarios a escala nacional:

#### VALOR PROGRAMA DE SALUD PUBLICA COLECTIVA

	ATENCION FAMILIAR
Población	45.000.000
Familias por grupo	800
Personas por grupo	3.200
Nº R.H por equipo	8
Nº Equipos	14.063
Total R.H.	112.500
Valor prom. Equipo	\$130.000.000
Valor total	<b>\$1.828.125.000.000</b>

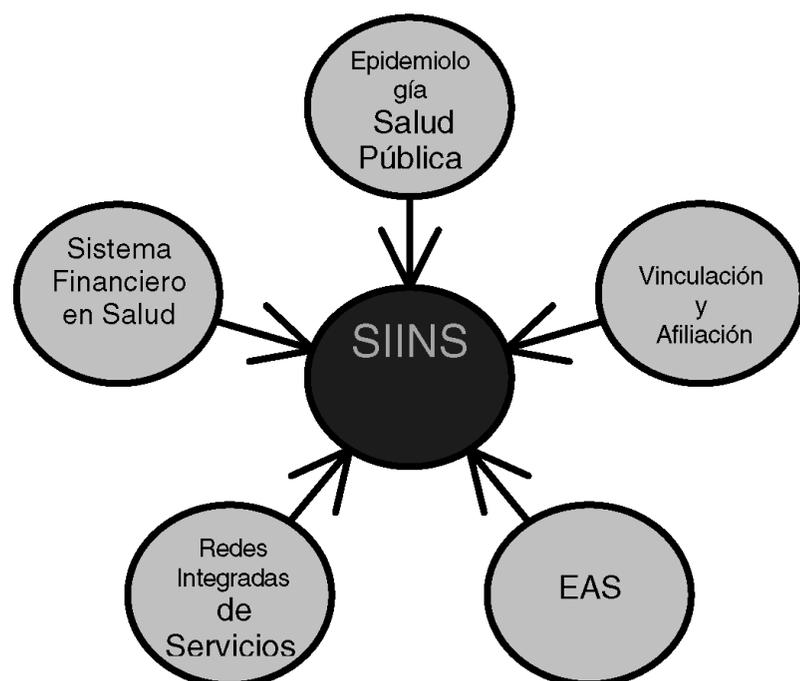
El cálculo se estimó teniendo como base equipos conformados por ocho personas (Médico, Enfermera Jefe, Auxiliar de enfermería, Auxiliar de Higiene Oral, dos promotores de salud y dos promotores ambientales), las cuales cubrirán a 800 familias, es decir aproximadamente, 3200 personas, a un costo anual estimado por equipo de \$130.000.000; lo que da como requerimientos de personal total de 112.500 trabajadores del sector salud, distribuidos por todo el país en 14.063 equipos, a un costo total de \$1.828.125.000.000, cuyo financiamiento está dado por las diferentes fuentes de la Subcuenta de salud Pública Colectiva del Fosyga, creada con dicho fin.

#### I. Sistema de Información

Se propone la creación del Sistema Integrado de Información Nacional en Salud, SIINS, que operará bajo una sola plataforma tecnológica, a la cual se articularán módulos, cuyos responsables de cargue y obtención de información accederán a través de diferentes niveles de seguridad.

La responsabilidad en cuanto a administración y manejo de la información estará a cargo del Ministerio de la Protección Social, quien a su vez garantizará el financiamiento de los recursos necesarios para su implementación, especialmente en el sector público.

#### ESTRUCTURA DEL SIINS



#### J. Vigilancia y Control

Una de las principales falencias diagnosticadas en el sistema actual es la débil presencia de las instancias de Vigilancia y Control, lo que ha permitido el abuso por parte de algunos actores de sus posiciones dominantes dentro del sistema, por ello se propone la creación de un Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sisesa, cuyo rector será la Superintendencia Nacional de Salud como órgano adscrito a la Presidencia de la República, con el fin de garantizarle un mayor grado de independencia y operando de manera descentralizada, mediante la creación de Direcciones Departamentales y apoyado a nivel Municipal, en las Secretarías de Salud Municipales, lo que permite el cumplimiento de su objetivo.

Con dicho fin, se propone el aumento de fuentes de recursos para el financiamiento de la Superintendencia Nacional de Salud, como el establecimiento de un aporte por parte del Gobierno Nacional, igual y adicional al recaudado por concepto de la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488, la que ha reportado los siguientes recursos:

Tasa para Financiar Supersalud según artículo 98 de Ley 488/98	
Vigencia	Recaudo
2002	8,667,000,000
2003	7,946,000,000
2004	10,999,000,000

Fuente: Contraloría Abril 2005.

En el mismo sentido se plantea un aporte del 0.5% del total de UPC, tanto de los Regímenes Contributivo y Solidario, con lo que se le estaría permitiendo un financiamiento claro al Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, que le permita su eficiente gestión.

#### VI. Proposición

Teniendo en cuenta el pliego de modificaciones désele segundo debate a la ponencia, al Proyecto de ley número 052 de 2004 Senado, *por la cual se modifican el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política*, y sus Proyectos acumulados 019 de 2004, 031 de 2004, 033 de 2004, 038 de 2004, 052 de 2004, 054 de 2004, 057 de 2004, 058 de 2004, 098 de 2004, 105 de 2004, 115 de 2004, 122, 148 y 151 de 2004 Senado, de origen parlamentario y gubernamental, *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 Seguridad Social en Salud.*

De la señora Presidente,

Atentamente,

Luis Carlos Avellaneda Tarazona,  
Senador Ponente.

#### COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los treinta y un (31) días del mes de mayo del año dos mil cinco (2005).- En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

La Presidenta,

Flor Modesta Gnecco Arregocés.

El Secretario,

Germán Arroyo Mora.

**PLIEGO DE MODIFICACIONES PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004 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 Seguridad Social en Salud.*

**El articulado propuesto es el siguiente:**

<sup>18</sup> Cifras del Departamento Nacional de Planeación para el año 2002.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES DEL SISTEMA INTEGRAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SISESA

CAPÍTULO I

**Objeto, principios y características del Sistema Integral  
de Seguridad Social en Salud, Sisesa**

Artículo 1°. *Objetivo.* La presente ley crea el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud (Sisesa) y define las garantías en salud para toda la población colombiana, la organización del sistema, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación de los servicios de salud, el sistema integrado de información nacional en salud, la inspección, vigilancia y control y el de ciencia y tecnología en salud.

Parágrafo. El Sisesa sustituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud definido por la Ley 100 de 1993.

Artículo 2°. *Objeto.* El Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Sisesa, tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para contar con 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°. *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 o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Artículo 4°. *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 servicios de salud de igual calidad 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, para todos los habitantes en el territorio nacional;

**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 de 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;

**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 y privadas 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.

Artículo 5°. *Intervención del Estado.* El Estado intervendrá en el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencias de que trata esta ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará el cumplimiento de los principios del Sistema y garantizar la estructura pública y los procesos de operación del mismo, al igual que asignar de forma prioritaria, dentro del gasto público, los recursos necesarios para el desarrollo del Sistema Integral de Seguridad Social en 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 6°. *Integrantes del Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Seguridad Social en Salud, Crsisesa.

3. 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 Recursos Humanos 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 Administradoras 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 recurso 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 Recursos Humanos en Salud, se desarrollarán mediante ley específica sobre el tema.

## CAPITULO II

### De la Dirección del Sistema

Artículo 7°. *Dirección del Sistema.* El Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Seguridad Social en 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 los planes territoriales formulados por las Direcciones Territoriales de Salud.

Artículo 8°. *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) Garantizar el desarrollo del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud con base en sus principios;

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

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 Seguridad Social en Salud;

d) Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las EAS, IPS 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 Crsisesa en el ejercicio de sus funciones;

g) 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;

h) Establecer 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 Seguridad Social en Salud;

i) Definir en coordinación con la Crsisesa y el Instituto Nacional de Salud las políticas y Programas de Salud Pública Colectiva.

Artículo 9°. *La Comisión de Regulación de Seguridad Social en Salud.* La Crsisesa será un organismo independiente del Ministerio de la Protección Social, cuya función es de dirección y regulación del Sistema, teniendo la siguiente estructura y operación:

**Composición.** La composición de la Crsisesa se distribuirá en 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 Seguridad Social en Salud; con una composición total de quince (15) miembros, así:

#### **Representantes de los Garantes y Contribuyentes**

a) El Ministro de la Protección Social o su delegado;

b) Un representante de los Municipios o Distritos;

c) Un representante de los departamentos;

d) Un representante de los gremios empresariales;

e) Un representante de las EAS;

f) Un representante de las redes integradas de prestación de servicios.

#### **Representantes de los Usuarios, Profesionales y Trabajadores**

a) Un representante de la Confederación de Pensionados;

b) Un representante de los usuarios del Régimen Solidario;

c) Un representante de las organizaciones indígenas;

d) Un representante de las organizaciones de negritudes;

e) Dos representantes de las centrales sindicales que agrupen a la mayoría de los trabajadores;

f) Un representante de la Organización sindical que agrupe a la mayoría de los trabajadores de la Salud;

g) Un representante de los profesionales de la Salud;

h) Un representante de las organizaciones de trabajadores del campo.

b) **Invitados.** La Crsisesa 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, un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, un representante de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Salud Pública, un (1) representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y un (1) representante de la Asociación Nacional de Profesiones de la Salud;

c) **Selección y período de los Representantes.** Los representantes no gubernamentales tendrán un período de dos (2) años y serán elegidos directa, libre y autónomamente por las instituciones u organización que representen al mayor número de afiliados. Los representantes gubernamentales lo serán en razón del ejercicio de sus cargos, mientras posean la investidura legal;

d) **Secretaría Técnica.** La Crsisesa 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 y archivar la información y documentación requerida para las deliberaciones y funciones de la Crsisesa;

e) **Presupuesto de la Comisión de Regulación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.** Para garantizar la operación y realización de sus funciones, a partir de la vigencia de la presente ley, la Crsisesa 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, el valor de los estudios y soporte técnico que requieran los consejeros, publicaciones y demás soporte logístico, serán financiados con cargo a las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía, siendo fijados mediante Acuerdo;

f) **Honorarios de los Miembros.** Los honorarios de los miembros no gubernamentales de la Crsisesa serán fijados por Acuerdo y se pagarán a cargo del presupuesto del mismo. Dichos honorarios no excederán el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por sesión, con un tope mensual de (3) tres smmlv.

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

Artículo 10. *Funciones de la Crsisesa.* La Comisión de Regulación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

a) Constituirse en la máxima instancia de regulación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, para garantizar el cumplimiento de sus principios, objetivos, políticas y planes;

b) Actuar como consejo de administración del Fosyga;

c) Definir el Plan de Atención Integral en Salud, 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, 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) Definir 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;

f) Definir 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;

g) Adoptar la distribución de la cotización de los afiliados del Sistema, entre patronos, contratantes, trabajadores, contratistas y pensionados acorde con lo establecido en la presente ley, sin superar en ningún caso el 12% del ingreso base de cotización;

h) 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;

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

j) Aprobar los proyectos de ampliación de cobertura del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud;

k) 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;

l) 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;

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

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

o) Asignar y delegar funciones a los Comisiones Territoriales e Indígenas de Regulación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud;

p) 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;

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

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

s) Presentar al Gobierno Nacional proyectos para el desarrollo y reglamentación de la presente ley;

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

u) Aprobar el reglamento interno de honorarios y viáticos de la Crsisesa;

v) Adoptar su propio reglamento;

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

Artículo 11. *Comisiones Indígenas de Regulación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Crsisesa.* Los Resguardos Indígenas deberán constituir una Comisión Indígena de Regulación del Sistema Integral de Seguridad Social en 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. Las funciones serán adecuar el Plan de Atención en Salud Integral, 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 SISESA en sus territorios.

Parágrafo. Los miembros de estas Comisiones actuarán Ad Hoc.

Artículo 12. *Comisiones Territoriales de Regulación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, Crsisesa.* Los Departamentos, Distritos y Municipios, deberán constituir una Comisión Territorial de Regulación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, con una composición con distribución similar a la de la Crsisesa, adaptada al respectivo orden territorial. Sus funciones serán, adecuar el Plan de Atención en Salud Integral, 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 Sisesa en sus territorios.

Parágrafo. Los miembros de estas Comisiones actuarán ad hoc.

Artículo 13. *Del Instituto Nacional de Salud, INS.* Transfórmase el Instituto Nacional de Salud en 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.

Artículo 14. *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 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 15. *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 Crsisesa 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 consecuentemente 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 16. De las funciones y competencias de los departamentos y distritos en lo referente al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.* Además de las funciones y competencias asignadas en las Leyes 10 de 1990 y 715 de 2001 tendrán las siguientes funciones:

a) Supervisar a los municipios de su jurisdicción en cuanto al desarrollo del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud;

b) Formular, adoptar y adaptar en su territorio las políticas, estrategias, programas y proyectos del Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Seguridad Social en Salud tanto Nacional, como las territoriales y las 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 de 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 Crsisesa;

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 Crsisesa.

*Artículo 17. De las funciones y competencias de los municipios en lo referente al Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Seguridad Social en 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 Seguridad Social en 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 Ctrsisesa;

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 base de datos de población beneficiaria para pertenecer al Régimen Solidario;

f) Convocar a la población beneficiaria para pertenecer al Régimen Solidario, para elegir libremente su EAS, dentro de las autorizadas para operar en el municipio y difundir públicamente los resultados de este proceso;

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

h) 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;

i) 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;

j) 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;

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

l) 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 Seguridad Social en Salud;

m) Ejercer la interventoría a 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 las Asociaciones de Municipios en el caso en que la interventoría sea realizada por estas;

n) 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;

o) 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;

p) Las demás que le sean asignadas.

Artículo 18. *De la selección del 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 Crsisesa.

### CAPITULO III

#### De los afiliados al Sistema

Artículo 19. *Tipos de afiliados.* Todo habitante del territorio nacional sin distinción alguna, tendrá derecho al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, ya sea mediante afiliación al Régimen Contributivo, regímenes de excepción o como afiliados al Régimen Solidario.

Parágrafo. No obstante y mientras se logra alcanzar la cobertura universal de la población, se mantendrá un régimen transitorio de salud, con mecanismos para que los habitantes del territorio nacional, no afiliados a ningún régimen y de escasos recursos, accedan a los servicios de urgencia, vía oferta pública, con cargo a los recursos manejados en los Fondos Territoriales de Salud.

Artículo 20. *Garantías de los pobladores o ciudadanos.* Se garantiza a los habitantes del territorio nacional, el derecho fundamental a la salud integral, la organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

a) Cumplimiento de los principios que rigen el Sistema Integral de Seguridad Social en 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 exijan 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 21. *Deberes de los Afiliados y Beneficiarios.* Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud los siguientes:

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

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

c) Afiliarse con su familia al Sistema Integral de Seguridad Social en 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 22. *Organización de usuarios.* Los usuarios, de manera autónoma y sin injerencia del Estado, se organizarán en ligas, comités o 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 empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, etnias, sindicatos u otros tipos de asociación.

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 23. *Beneficios para desplazados y desmovilizados.* Los colombianos en condición de 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 I

### INTEGRALIDAD EN SALUD

#### CAPITULO I

#### Plan de Atención Integral en Salud, PAIS

Artículo 24. *Integralidad del Sistema Integral de Seguridad Social en 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 25. *Lineamientos Generales del PAIS y modelo de atención.* El Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Crsisesa 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 resolutoria 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 Crsisesa 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 Crsisesa, 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) Para la prestación de los servicios del PAIS, todas las EAS deberán contratar con Redes Integradas de Servicios, definiendo 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 Crsisesa y el Gobierno Nacional;

n) El INS apoyará a las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, 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 resultando 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 Crsisesa 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 Crsisesa como de alto costo y las EAS contribuirán a cubrir los riesgos derivados de la atención de estas, mediante un aporte porcentual del valor de la UPC, definido anualmente para cada EAS, por parte de la Crsisesa, que será manejado por el Fosyga 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 Crsisesa 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 Crsisesa, por ser responsables del ordenamiento y ejecución del gasto de los dineros públicos manejados en el Fosyga.

Artículo 26. *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 recae en la EAS;

d) Las actividades, intervenciones y procedimientos del I nivel de atención, en el campo de la obstetricia y ginecología, deberán ser realizados por un especialista cuando exista la oferta, o en su defecto contar con la asesoría de un especialista y un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia;

e) Las instituciones pertenecientes al Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Crsisesa 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 Seguridad Social en Salud. La afiliación automática incluye a los hijos de madres menores de edad, dependientes del núcleo familiar del afiliado. El Sistema Integral de Seguridad Social en 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 es beneficiario, hija o hijo de un cotizante al Régimen Contributivo, la atención del parto y el primer año de vida del niño estará 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 artículo 76 de la Ley 715 de 2001 o con recursos adicionales que disponga el nivel nacional o territorial.

Artículo 27. *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.

La Federación, Asociaciones, Sociedades científicas y el Colegio Profesional de Odontólogos, serán órganos consultivos de carácter obligatorio de la Crsisesa 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 28. *Componente y política pública de medicamentos.* El PAIS incluirá un listado de medicamentos esenciales en su denominación común internacional, sin que ello limite el criterio profesional en la formulación. La Crsisesa definirá y revisará periódicamente el contenido del manual de medicamentos.

La Crsisesa, en conjunto con el Gobierno Nacional, definirá una política pública en materia de medicamentos, cuyo propósito será optimizar su utilización, reducir las iniquidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema Integral de Seguridad Social en 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) Revisar el Manual de Medicamentos del PAIS, por lo menos 1 vez al año;
- e) 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 los Acuerdos 228 de 2002, 254 de 2003 y 282 de 2004 del CNSSS y los que lo adicionen y lo modifiquen.

Artículo 29. *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 30. *Preexistencias y períodos de carencia.* En el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, las EAS en ningún caso podrán aplicar preexistencias o períodos de carencia a sus afiliados.

En el Régimen Contributivo, el acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema por primera vez, teniendo condiciones económicas previas para estar afiliado con antigüedad mínima de 50 semanas, requerirá un pago compartido del usuario, de acuerdo con su capacidad socioeconómica. La materia será reglamentada por la Crsisesa.

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 31. *Eliminación de copagos y cuotas moderadoras.* Tanto en el Régimen Contributivo como en el Solidario, queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras.

Artículo 32. *Del 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 sólo será un instrumento de apoyo a la pertenencia del Sistema por parte de todos los habitantes del territorio nacional, para lo cual las EAS en forma obligatoria garantizarán su entrega y en el cual estará registrado, como mínimo, el documento de identificación, el tipo de afiliación, la EAS responsable del Plan de Atención en Salud Integral, PAÍS, 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 de 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 1°. A partir del 1° de enero del año 2006, todo habitante del territorio nacional deberá portar este carné para adelantar trámites ante entidades públicas y entidades del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional reglamentará lo relativo al carné y uso del mismo.

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

Artículo 33. *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 pago de la urgencia a las Redes Integradas de Servicios, estará a cargo de la EAS responsable del afiliado y de 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 Crsisesa, 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 Crsisesa.

Artículo 34. *Atención de enfermedades de alto costo.* La Crsisesa, 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 Crsisesa 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 35. *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 con lo establecido en la Ley 361 de 1997;

f) La Crsisesa, 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 36. *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 Crsisesa, 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 37. *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 Crsisesa, los afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social en 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 toques 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 con las tarifas y los procedimientos de cobro y pago de estos servicios, establecidos por la Crsisesa;

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 Crsisesa;

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 Crsisesa;

f) El Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, a través de la Crsisesa, 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, a partir de la vigencia de esta ley.

Artículo 38. *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 Entidad Administradora de Salud.

Artículo 39. *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 III

#### TITULO I

#### DE LA SALUD PUBLICA

Artículo 40. *Definición.* La Salud Pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo, siendo uno de los componentes e indicador de las mejores condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país 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 y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad 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 Seguridad Social en Salud, orientadas al mejoramiento de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones.

Artículo 41. *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 Crsisesa, 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, pomey y vasectomía; salud sexual y 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, leishmaniasis 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: (1) un médico general, una (1) enfermera jefe, una (1) auxiliar de enfermería, una (1) auxiliar de higiene oral, dos (2) promotores de salud 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 Crsisesa 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 Crsisesa, en el ejercicio de vigilancia y evaluación de los resultados epidemiológicos del PASP-Colectivo y del PAIS;

j) El Departamento, el Municipio y las Crtsisesa, 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 42. *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 y 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 Crtsisesa 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 Crtsisesa 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 43. *Del soporte técnico-científico del PASP Colectivo.* Adicionalmente al Instituto Nacional de Salud, los siguientes organismos adscritos al Ministerio de Protección Social, deberán brindar como instancias técnico-científicas de referencia en salud pública, la información pertinente, para definir las prioridades y políticas del 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 44. *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 II

### DE LA OPERACION UNIVERSAL DEL SISTEMA

Artículo 45. *Universalización del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.* A fin de posibilitar que todos los habitantes del territorio nacional accedan al Sistema Integral Seguridad Social en 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 IV

### TITULO I

#### DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD

Artículo 46. *Definición.* El Régimen Contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema Integral de Seguridad Social en 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 en 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 47. *Monto y distribución de las cotizaciones.* La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Seguridad Social en Salud, definirá la distribución del porcentaje de la cotización, entre el Plan de Atención Integral en Salud y el cubrimiento de las incapacidades y licencias de maternidad para trabajadores afiliados al Régimen Contributivo.

Artículo 48. *Cotización de trabajadores dependientes y responsabilidad patronal.* En el régimen Contributivo, la cotización por cada trabajador

será 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 cumplidamente 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 Seguridad Social en Salud.

Artículo 49. *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) Las personas vinculadas mediante contrato de prestación de servicios, consultoría, asesoría o contrato de obra, tendrán como base de cotización el 12% de lo pactado en el contrato, de los cuales el 8% será responsabilidad de la parte Contratante y el 4% restante a cargo del contratista. Estos aportes de carácter obligatorio al Sistema, serán retenidos por el Contratante y girados a la subcuenta de compensación del Fosyga, previa escogencia libre por parte del contratista de la EAS a la cual desea estar afiliado. El período de giro de esta cotización será mensual, independientemente a los períodos de pago pactados en el contrato. En ningún caso la cotización podrá liquidarse por debajo de un (1) salario mínimo mensual vigente (smmlv). 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 el Crsisesa. 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 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 Sisesa, 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 50. *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, se establece como base mínima de cotización, un (1) salario mínimo mensual legal vigente (smmlv), según presunción de ingresos que para tal efecto aplique la EAS con base en los factores y normas que define el Crsisesa. 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 de la población que trata el presente artículo, será sancionada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con una 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 SISESA, 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 51. *Cotización de colombianos habitantes en el exterior.* La población Colombiana, que se encuentre habitando 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 define el Crsisesa. 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 52. *Cotización de Contratistas al Sistema General de Riesgos Profesionales.* A fin de garantizar que estas personas queden obligatoriamente afiliados 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 53. *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 dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv), la totalidad de la cotización será asumida con cargo al Fondo de Solidaridad Pensional;

b) Para mesadas entre 3 y 6 salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv), esta proporción será de 4% sobre lo devengado y el restante 8% a cargo del Fondo de Solidaridad Pensional;

c) Para mesadas entre 7 y 10 salarios mínimos mensuales legales vigentes (smmlv), esta proporción será de 10% sobre lo devengado y el restante 2% a cargo del Fondo de Solidaridad Pensional;

d) Para las mesadas superiores a diez (11) smmlv, el monto total de la cotización estará a cargo del pensionado.

Artículo 54. *Sanciones.* Ningún empleador, contratante y contratista del sector público o privado, o personas en capacidad de contribuir, estará exenta de pagar su respectivo aporte al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud. Serán sancionados 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 y 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 55. *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 5%, correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación, UPC, de sus afiliados efectivamente compensados. Los restantes recursos serán girados directamente, sin situación de fondos en las EAS, del Fosyga 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.

Artículo 56. *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 57. *Incapacidades.* Para los afiliados aportantes de que tratan los artículos 48, 49 y 50, 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 58. *Licencias por Maternidad.* Para las mujeres trabajadoras cotizantes de que trata los artículos 48, 49 y 50, que hayan cotizado más de 6 meses 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.

## TITULO II DEL REGIMEN SOLIDARIO

Artículo 59. *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 Seguridad Social en 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 60. *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 del Crsisesa, 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 61. *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 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.

Artículo 62. *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 Seguridad Social en Salud;

b) **Selección de la EAS que operarán por región:** La selección de las EAS que operarán en cada Región, 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 con las características de la región en donde sean oferentes;

c) **Límite de EAS por región:** En las regiones con población de más de un millón de habitantes, operarán máximo cuatro EAS; en las regiones cuya población sea inferior a un millón de habitantes operarán máximo dos EAS; en los municipios 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 la 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. Está 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 de 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 3%, 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 restantes recursos 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 Direcciones Distritales y Municipales de Salud ejercerán el proceso de vigilancia, control e interventoría a los contratos de las EAS, 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 y la EAS, 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 63. *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 públicas y privadas y el flujo de los recursos, se atenderán los siguientes lineamientos:

a) **Mecanismo de pago y giro de los recursos de las EAS 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 la 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 64. *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 65. *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 66. *Definición.* Las Entidades Administradoras de Salud, EAS, son organizaciones sin ánimo de lucro, públicas, privadas o mixtas, encargadas del registro y afiliación al Sisesa, 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 y de la gestión del recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Artículo 67. *Funciones.* Las EAS tendrán las siguientes funciones:

a) Operar el componente de Administración del Sistema, con base en los principios del Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Seguridad Social en 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 Seguridad Social en Salud. 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 está, autorizar el giro para pago por la prestación de estos servicios al Municipio en el Régimen Solidario y al 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) Adoptar 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 máximo dos regiones, de las definidas por el Ministerio de la Protección Social;

p) Las demás que les sean asignadas.

Artículo 68. *Requisitos generales de las Entidades Administradoras de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud 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 Seguridad Social en 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 seis (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 69. *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.

Artículo 70. *Estructura administrativa de las EAS públicas.* Las EAS públicas tendrán la siguiente estructura administrativa:

- a) **Asamblea de Accionistas:** Integrada por los representantes de las entidades y empresas públicas que hagan aportes de capital 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 los socios que hagan parte de 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 agrupen 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 el 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 71. *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 72. *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 del 5% 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 del 3% 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 73. *Regulación a la integración vertical.* Las EAS que cuenten con red propia o en la cual haya confluencia de alguno de los accionistas o socios, solo podrán contratar un tope máximo del valor de UPC de sus afiliados en dicha red; el porcentaje restante deberá contratarse con red no propia, que no sea propiedad de otra EAS.

Para tal efecto, se establecen como tope máximo para contratación con red propia, el 30% de las UPC efectivamente compensadas en el Régimen Contributivo o contratadas en el Régimen Solidario. Cuando una EAS sea pública, no aplicará esta restricción.

En todo caso a partir de la vigencia de la presente ley, 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 de alta complejidad. El incumplimiento de esta norma será causal de revocatoria de la licencia de funcionamiento de la EAS.

Parágrafo 1°. Ninguna EAS podrá construir o adquirir red propia de servicios de salud, utilizando los recursos provenientes o generados por las UPC del Régimen Contributivo o del Régimen Solidario.

Parágrafo 2°. En todo caso, cuando se presente contratación entre la EAS y su Red Propia, esta no podrá hacerse, por encima de las tarifas mínimas establecidas por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3°. 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 con su red propia.

Artículo 74. *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 Seguridad Social en 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 75. *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 y 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, de manera autónoma y democrática y su costo será asumido por la respectiva entidad, sin que ello afecte la independencia de su gestión.

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. 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.

Artículo 76. *De los incentivos para un mejor servicio.* La Crsisesa 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 7% para el Régimen Contributivo o el 5% en el Régimen Solidario.

Artículo 77. *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, será cancelada su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

Artículo 78. *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 EAS 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.

Artículo 79. *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.

Artículo 80. *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 podrá continuar recaudando y utilizando 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 al Crsisesa y a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre los avances obtenidos en los objetivos fijados.

Artículo 81. *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 82. *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 específicas de cada disciplina, la normatividad administrativa y laboral y en especial los fundamentos de su desempeño tales como, ética del ejercicio, acto integral de atención en salud, autonomía y autorregulación.

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

Artículo 83. *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 Ética.

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 una 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 y Psicología y de otras especialidades.

Artículo 84. *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 ello se le pueda menoscabar en sus derechos o imponer sanciones.

Artículo 85. *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, o a sus 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 se deba realizar en un menor, el consentimiento otorgado por sus padres o representantes legales, será válido siempre y cuando se trate de consentimiento 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 que respete 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, siempre que su decisión no comprometa de manera grave su vida o integridad personal.

Parágrafo. Del consentimiento informado debe quedar constancia escrita y debidamente firmada por las partes.

Artículo 86. *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 recurso humano en salud y evitar la integración vertical entre EAS-Redes Integradas de Servicios, IPS, Centros de Formación.

## CAPITULO II

### De la prestación de los servicios de salud

Artículo 87. *De las Redes Integradas de Servicios.* Entiéndase por Red Integrada de Servicios, a aquella entidad que enlaza o asocia a 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 88. *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) Las Redes Integradas de Servicios Públicas se constituirán por integración de los hospitales públicos, 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 con la participación de entidades públicas y privadas;
- b) Las Redes Integradas de Servicios 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) Las Redes Integradas de Servicios deberán garantizar, organizar y operar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes;
- g) Las Redes Integradas de Servicios 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 89. *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 de atención, a los afiliados y beneficiarios, dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Artículo 90. *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 91. *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 prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, 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 resolutoria, 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 92. *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 la prestación de servicios de salud por parte de supraespecialistas;

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

Artículo 93. *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 94. *Manual de Tarifas.* La Crsisesa, 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 y desarrollará un Sistema Unico 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 resolutoria, la experticia, la condición de Hospital Universitario y los resultados de la evaluación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, así como 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.

Artículo 95. *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 y sus prestaciones sociales, para las profesiones y ocupaciones de la salud, con base en los niveles de formación y experiencia que hayan adquirido, los cuales serán de obligatorio cumplimiento para la contratación del recurso humano, para todos los actores del sistema.

Artículo 96. *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 y 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 de las EAS o el 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 97. *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) El 60% de las rentas cedidas con destinación a salud;

d) 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 Crsisesa. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica e investigación;

e) 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;

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

g) Recursos propios de las entidades territoriales;

h) Venta de servicios al Régimen Contributivo y otros;

i) Donaciones y otros conceptos.

Artículo 98. *Medida 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 y los pasivos salariales y prestacionales causados hasta el año 2004, 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 Parypassu 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 y 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).

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

Artículo 99. *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 100. *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 101. *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. El Ministerio podrá delegar en cada caso de manera expresa, esta competencia a los departamentos, que deberán dar su aprobación o negarla, de conformidad con el reglamento que establezca el Ministerio. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 102. *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 por 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 103. *Política de ciencia y tecnología en salud.* La Crsisesa 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 104. *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 105. *Incentivos.* Las EAS incentivarán a las Redes Integradas de Servicios con base en los resultados de capacidad resolutive, 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.

Artículo 106. *Régimen de Liquidación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.* El Gobierno Nacional, expedirá en los seis (6) meses siguientes, contados a partir de la expedición de la presente ley, los procedimientos de liquidación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

### CAPITULO III

#### De las Empresas Sociales del Estado

Artículo 107. *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 108. *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 109. *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 jefe 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 Jefe de la Entidad Territorial respectiva, de una terna que conformará la Junta Directiva;

c) La terna de candidatos será diseñada con base en una lista de aspirantes conformada mediante un proceso de concurso público de méritos, 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 Directores o 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, por causales de ineficiencia administrativa, medida en el incumplimiento de metas de desempeño financiero o de salud, 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 disciplinaria, 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 y 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 110. *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 empleos, de las actividades que se desarrollan de manera permanente en las ESE, se incorporen a las plantas de personal y se prevean sus emolumentos en los respectivos presupuestos.

Únicamente 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 111. *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 Sistema, 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 la 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 112. *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 Sisesa.

Artículo 113. *De los recursos del Sistema de Seguridad Social en 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 114. *Patrimonios autónomos.* Los recursos que ingresen a EAS, ARP y Redes Integradas de Servicios y los que se generen por concepto de intereses, dividendos o cualquier otro ingreso derivado de ellos, constituye un patrimonio autónomo, propiedad del Sisesa, 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 115. *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 Crsisesa, quien actuará como su consejo de administración, manejado por encargo fiduciario. Los recursos, para todos los efectos hacen parte del Sistema Integral de Seguridad Social en 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 116. *Funciones del Fosyga.* Serán funciones del Fosyga los 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 Sisesa;
- b) Agrupar, en un solo fondo 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 del municipio destinados a dicho fin;
- c) Agrupar en un solo fondo los recursos, para el financiamiento del Régimen Contributivo;
- d) Agrupar en un solo fondo los recursos, para el financiamiento del Sistema General de Riesgos Profesionales;
- e) Agrupar, en un solo fondo, 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 del municipio 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 Sisesa, 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 directamente 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, 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;

n) 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 117. *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 118. *Financiamiento de la subcuenta de compensación.* Los recursos que financian la subcuenta de compensación provendrán de las siguientes fuentes:

- a) De la diferencia entre los ingresos por cotización de los afiliados, que hayan sido recaudados por el Fosyga y el valor de las Unidades de Pago por Capitación, UPC, efectivamente compensadas;
- b) Los recursos de multas y sanciones provenientes del Régimen Contributivo;
- c) Los rendimientos financieros de estos recursos.

Parágrafo 1º. 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 y en caso de infracción aplicará las sanciones a que haya lugar.

Parágrafo 2º. 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 119. *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 Presupuesto Nacional que será equivalente a un monto igual, al que generen los recursos de que trata el literal a) del presente artículo;
- d) Los recursos del Sistema General de Participaciones, destinados a la atención de la población pobre, por subsidios a la demanda;
- e) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras, correspondientes a la producción de las zonas

petroleras de Cusiana y Cupiagua, así como la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley;

f) Los recursos provenientes de las rentas cedidas;

g) El aporte de solidaridad del 15% por concepto de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud definidos en la presente ley;

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 esta 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 Sisesa.

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 120. *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 121. *De la solidaridad de la medicina prepagada, los planes complementarios y las pólizas de salud.* A partir de la vigencia de la presente ley, todo plan de medicina prepagada, plan complementario en salud y pólizas de salud, aportarán como solidaridad al Sisesa el 15% de su valor, el cual deberá ser girado por la entidad que expida el respectivo plan o seguro al Fosyga, subcuenta de solidaridad.

Artículo 122. *Recursos de las Cajas de Compensación.* Las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 15% 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 123. *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, que 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, 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) 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 fiducia pública constituida 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 124. *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 (7) puntos porcentuales de los recaudos efectivos por concepto del Sistema General de Riesgos Profesionales, realizados por el Fosyga;

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 anteriores recursos se concentrarán en esta cuenta, 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 Sisesa.

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 125. *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 126. *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 el Crsisesa, que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Compensación;

b) El porcentaje de la UPC del Régimen Solidario determinado por el Crsisesa, que se descontará mensualmente, por parte del administrador fiduciario 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 127. *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 128. *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 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 129. *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 130. *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 Pública la atenderá y presentará las facturas por la atención prestada ante los Fondos Territoriales de Salud. El Crsisesa establecerá las tarifas y forma de pago por la atención de esta población.

Artículo 131. *Del Fondo de Educación de Posgrados e Investigación de los Profesionales de la Salud.* La Crsisesa, administrará un fondo destinado a la formación en posgrados e investigación que adelanten los profesionales de la salud en sus respectivas áreas del conocimiento. La Crsisesa contará con la asesoría y colaboración de la Academia Nacional de Medicina, Assosalud, Cofame, 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

Artículo 132. *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 Seguridad Social en 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 Seguridad Social en 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 Sisesa, 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, visualizar el estado y flujo de los recursos dentro de todos los estamentos del Sisesa.

Artículo 133. *De los agentes y actores del SIINS.* Serán agentes y actores del SIINS los siguientes, el Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el INS, el Invima, el DNP, la DIAN, DANE, Registraduría Nacional del Estado Civil, la Superintendencia Nacional de Salud, el Crsisesa, las Entidades Territoriales, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las EAS, Redes Integradas de Servicios, ESE, IPS, los equipos de medicina familiar y las demás que posean datos e información necesarios y útiles para el Sisesa.

Artículo 134. *Del funcionamiento del SIINS.* El Sistema 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 135. *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 Sisesa;
- c) De las Entidades Administradoras de Salud;
- d) De las Redes Integradas de Servicios;
- e) Del Sistema Financiero en Salud.

Artículo 136. *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 Sisesa: 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, el Crsisesa, 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 Sisesa;

e) Del Sistema Financiero en Salud. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el DNP, la Crsisesa, 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 137. *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 138. *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 139. *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, en 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 140. *Fases de la implementación.* Será prioritario el desarrollo de los módulos de Información Epidemiológica en Salud Pública y de Vinculación y Afiliación al Sisesa, 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Artículo 141. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto de agentes, normas y procesos, articulados entre sí, para permitir el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud. El Organismo 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 142. *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 Crsisesa, Crtsisesa y Crisisesa, las Entidades Territoriales, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las EAS, las Redes Integradas de Servicios, ESE, IPS, los equipos de medicina familiar, Los Comités de participación Comunitaria, las Asociaciones de Usuarios, las Organizaciones de los trabajadores del Sector Salud, las Asociaciones de egresados, agremiaciones científicas, colegiaturas y tribunales de ética de las profesiones de la Salud, así como las auditorías, interventorías, oficinas de control interno, 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 143. *Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.* Adiciónese al artículo 7º del Decreto 2165 de 1992, las siguientes funciones:

a) Articular los agentes, actores, normas, procesos, procedimientos y actuaciones que hacen parte del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control;

b) Desarrollar y aplicar la reglamentación del Sistema en los términos fijados por el Gobierno Nacional;

c) Organizar y desarrollar el procedimiento de Habilitación y registro de Entidades Interventoras y Auditoras;

d) Dar posesión a los revisores fiscales de las Entidades del Sector;

e) 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 comparencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil;

f) 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 (1000) smmlv a la fecha de la sanción cuando desobedezca las instrucciones u órdenes que imparta la Superintendencia Nacional de Salud;

g) 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;

h) 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 del mercado;

i) 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;

j) 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;

k) 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;

l) 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;

m) 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.

Artículo 144. *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 145. *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 Sisesa.

Artículo 146. *Direcciones Territoriales de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Integral de Seguridad Social en 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 Municipales 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 147. *Interventoría y Auditoría al Sisesa.* A fin de contar con personas naturales o jurídicas idóneas para ejercer la interventoría y auditoría al Sisesa, 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 Seguridad Social en Salud .

Artículo 148. *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 procederá con relación al contador público que sea designado por la misma para ejercer las funciones de revisor 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 149. *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 con su naturaleza.

Artículo 150. *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 Usuario, quienes de manera oficiosa deberán iniciar los procesos a que haya lugar.

TITULO VIII

LA TRANSICION DEL SISTEMA

Artículo 151. *Régimen de Transición.* El Sistema Integral de Seguridad Social en 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 152. *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 el Libro II de la Ley 100 de 1993.

Proposición

Teniendo en cuenta el pliego de modificaciones dese segundo debate al Proyecto de ley número 052, 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 Seguridad Social en Salud al anterior proyecto han sido acumulados los Proyectos de ley números 019 de 2004, 031 de 2004, 033 de 2004, 038 de 2004, 054 de 2004, 057 de 2004, 058 de 2004, 098 de 2004, 105 de 2004, 115 de 2004, 122, 148 y 151 de 2004 Senado.

De los honorables Congresistas,

*Luis Carlos Avellaneda Tarazona,*  
Senador de la República.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a los treinta y uno (31) días del mes de mayo del año dos mil cinco (2005). En la presente fecha se autoriza la publicación en la **Gaceta del Congreso** de la República.

La Presidenta,

*Flor Modesta Gnecco Arregocés.*

El Secretario,

*Germán Arroyo Mora.*

CONTENIDO

Gaceta número 309 - Martes 31 de mayo de 2005	
SENADO DE LA REPUBLICA	
PONENCIAS	
	Págs.
Ponencia y Texto propuesto para primer debate al Proyecto de ley número 142 de 2004 Senado, por medio de la cual se regula el uso del correo electrónico comercial no solicitado (Spam) y se dictan otras disposiciones. ....	1
Ponencia para primer debate y Texto definitivo propuesto al Proyecto de ley número 165 de 2003 Cámara, 239 de 2005 Senado, por la cual se vincula el núcleo familiar de las Madres Comunitarias al Sistema General Social en Salud y se dictan otras disposiciones. ....	3
Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 285 de 2005 Senado, 129 de 2004 Cámara, por medio de la cual se reglamenta el voto de extranjeros residentes en Colombia. ....	5
Ponencia para segundo debate y Pliego de modificaciones al Proyecto de ley número 052 de 2004 Senado, por la cual se modifican 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. ....	6