



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

ISSN 0123 - 9066

AÑO X - Nº 564

Bogotá, D. C., jueves 8 de noviembre de 2001

EDICION DE 24 PAGINAS

DIRECTORES:

MANUEL ENRIQUEZ ROSERO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

ANGELINO LIZCANO RIVERA
SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE ACTO LEGISLATIVO NUMERO 01 DE 2001 SENADO

por el cual se adiciona el parágrafo 180 de la Constitución Política.

Honorables Congresistas:

Me ha correspondido por designación de la Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional Permanente del Senado de la República, el estudio del presente proyecto de Acto Legislativo para Segundo Debate, cuya iniciativa para ser considerado por el Congreso de Colombia, fue de los honorables Congresistas: Julio César Guerra Tulena, Francisco Canossa Guerrero, Amylkar Acosta Medina, Francisco Cañón Jiménez, Jaime Dussán, Elver Arango, María Cleofe Martínez, Manuel G. Infante, Luis Fernando Duque, Dagoberto Emiliani, José Darío Salazar, William Vélez, Carlos Holguín Sardi, Vivianne Morales, José Jaime Nichols, Carlos García Orjuela y otros.

Antecedentes y alcance y contenido del Acto Legislativo

Al proyecto de Acto Legislativo en estudio, que consta de dos artículos, refiriéndose el primero de ellos a exceptuar del régimen de incompatibilidades que la Carta Magna establece en el parágrafo 1º.

Del artículo 180, la del desempeño de los cargos de Ministro del Despacho y de Embajador, además de la cátedra universitaria como reza de acuerdo al querer del Constituyente de 1991.

El segundo artículo trata sobre la vigencia del mismo.

En sesión de la Comisión Primera de esta Célula Legislativa, fue presentada ponencia para primer debate por el honorable Senador Rodrigo Rivera Salazar, cuyo informe establecía el archivo del mismo.

En ese sentido se pronunció la mayoría de los integrantes de los miembros de la Comisión en mención y propusieron con amplios debates de contenido constitucional, legal y de conveniencia para el país, que los Congresistas pudiesen ser designados Ministros del Despacho o Embajadores, aprobándose el 23 de octubre de 2001.

Análisis Constitucional y de conveniencia del proyecto de Acto Legislativo

Es necesario, a la luz de nuestras disposiciones constitucionales y para que exista armonía entre los preceptos que la Carta Política señala con relación a los fines de nuestro Estado social de derecho y nuestra República, en efecto sea democrática, participativa y pluralista y la connotación de servicio a la comunidad, la efectividad de los derechos y deberes y de facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan, en la vida

económica, política, administrativa y cultural de la Nación, para asegurar la convivencia pacífica y el orden justo, teniendo en cuenta el derecho a la igualdad, gozando 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, asignándole al Estado la promoción de las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva. De la misma manera, el derecho fundamental de todo ciudadano, como es el de participar en la conformación del poder político y acceder al desempeño de funciones y cargos públicos, tal como lo establecen los artículos 1, 2, 13 y 40 de la Constitución Nacional.

Es menester examinar en detalle estas disposiciones de carácter constitucional, donde se observa que el régimen de las incompatibilidades que aparecen plasmadas en el artículo 180, con relación a la prohibición del ejercicio de cargos o empleo público, colocan al Congreso en una *capitis diminutio* ante los demás funcionarios del Estado, logrando una discriminación que no merece este órgano legislativo por ser conocedor de los planes y programas gubernamentales, por la especialidad de los asuntos tanto de carácter legislativo en las Comisiones respectivas y de participación y colaboración armónica en los fines del Estado.

La iniciativa no es amplia en cuanto a todos los cargos públicos, solamente plasma la excepción en cuanto se refiere a Ministro de Despacho y Embajador, cesando la condición de Congresista por el resto del periodo constitucional respectivo, lo cual es loable para hacer más efectiva en determinados casos la labor del Ejecutivo y en beneficio del Estado Colombiano.

En los países europeos, se requiere como requisito *sine qua non* la de haber desempeñado funciones de Congresista.

Deteniéndonos en Inglaterra, para ser primer Ministro se requiere pertenecer al Parlamento, de la misma manera la Constitución de Prusia contempla que los miembros del Parlamento al ser nombrados Ministros debían renunciar a su cargo y declarar la vacancia por el resto del periodo legislativo, tal como lo contempla el proyecto en mención.

Finalmente, me permito traer la opinión del constitucionalista y ex Presidente, doctor Alfonso López Michelsen, en su columna del Diario *El Tiempo*, que titula "Limitaciones a la Democracia", incompatibilidades de los Congresistas.

Al respecto expresa el doctor López Michelsen: "A nadie se le escapa que, si por política se entiende el arte de gobernar a los pueblos, imponerle

semejante limitación para entrar a formar parte del gobierno a quien es miembro del Congreso entraña en un contrasentido. La democracia es el gobierno de opinión y necesariamente tienen que reclutarse, tanto para el ejercicio de la función legislativa como para el de la función ejecutiva, agentes que cuenten con un respaldo de la opinión, ya sea en el seno de su partido o con el carácter de figuras suprapartidistas, porque si bien es cierto que el conocimiento de los problemas públicos sirve, en primer término, para calificar a quienes aspiran al manejo del Estado, es igualmente necesario que cuenten con el respaldo político que les permita exponer sus puntos de vista y poner en ejecución sus soluciones.

No solamente en Colombia, sino como práctica universal el cargo de Embajador escapa a la carrera diplomática cuando se afirma perentoriamente que a tal dignidad pueden llegar quienes no figuran en el escalafón de carrera. Tan valiosos como pueden ser los conocimientos en materia de derecho internacional para obrar en representación del respectivo Estado, los países recurren a gentes con sentido político para adelantar gestiones para los cuales es menester un mínimo de familiaridad con la opinión pública, versación que se adquiere en el ejercicio de la política doméstica en un gran número de casos.

Aparte de las inhabilidades de rigor, no existen limitaciones para ser candidato a funciones de aquellas como la Contraloría, Fiscalía, Procuraduría y la Defensoría del Pueblo, a la cual pueden aspirar todos los ciudadanos que cumplan con la respectiva calificación.

Colombia no cuenta con equipos humanos especializados en las distintas disciplinas de la ciencia del gobierno, para darse el lujo de excluir de la administración a quienes participan en el órgano Legislativo a consecuencia de haber buscado el consentimiento nacional en la lucha por el voto popular.

En efecto, esta es la oportunidad de que los Congresistas a través de este noble Acto Legislativo, reivindicemos en ejercicio de la democracia, los principios de igualdad y de participación en el acceso y desempeño de funciones gubernamentales, ya que como concededores de los intereses del Estado tanto en la esfera nacional como internacional, podamos aportar el respaldo político que el Ejecutivo necesita ante la crisis que soportamos tanto en el campo económico como de legitimidad Estatal y de contribución a la paz e imagen internacional como legado a las futuras generaciones colombianas.

Con los anteriores fundamentos, propongo a los honorables Senadores: Dése segundo debate al Proyecto de Acto Legislativo número 01 de 2001 Senado, "por el cual se adiciona el parágrafo 180 de la Constitución Política.

De los honorables Senadores:

Miguel Pinedo Vidal,
Senador de la República.

Se autoriza la publicación del anterior informe,
El Secretario Comisión Primera Senado;

Eduardo López Villa.

* * *

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 32 DE 2001 SENADO

por medio de la cual se aprueba el protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, adoptado en Nueva York el veinticinco (25) de mayo de dos mil (2000).

Doctor

CARLOS GARCIA ORJUELA

Presidente Senado de la República

E.S.D.

Respetado señor Presidente y honorables Senadores:

En cumplimiento de la honrosa designación con que la presidencia de la Comisión Segunda del Senado de la República nos distinguiera, procedemos a rendir informe de ponencia para segundo debate al proyecto de ley de la referencia.

El proyecto de ley fue presentado al Senado por los Ministros de Relaciones Exteriores, doctor Guillermo Fernández de Soto, y de Justicia y del Derecho, doctor Rómulo González Trujillo, en cumplimiento de lo dispuesto por los artículos 150.16 y 189.2 de la Constitución Política.

La Comisión Segunda del Senado, en sesión del 24 de octubre pasado, aprobó por unanimidad la ponencia presentada por los suscritos.

El Protocolo recoge en 17 artículos la preocupación internacional frente a un fenómeno que cada día cobra mayor fuerza en franco detrimento de los derechos humanos del sector de la población más vulnerable, los niños y niñas, especialmente de los países en vías de desarrollo, cuyos esfuerzos aislados se ven superados por organizaciones criminales transnacionales que extraen, enormes ganancias de ese comercio infame.

Las cifras sobre explotación sexual de menores en el mundo y en Colombia son alarmantes y, a pesar del subregistro debido a la clandestinidad del fenómeno, es muy posible que la exposición de motivos de este proyecto se haya quedado corta en la apreciación de la magnitud del problema.

En efecto, en la sustentación del Proyecto de ley número 085 de 1999, convertido en la Ley 679 de 2001 hoy vigente, se lee:

"...De los dos millones estimados de niños prostituidos, unos quinientos mil viven en Brasil y el resto en el sur y este de Asia, región en la cual destacan países como Tailandia, Filipinas y Sri Lanka. El volumen anual del negocio del turismo sexual procedente de los países ricos asciende a US\$5.000 millones..."; y agrega que "...en el caso colombiano no es menos desalentador. Los turistas franceses, belgas, italianos, españoles y holandeses han tomado a nuestro territorio como un paraíso en materia de relaciones sexuales con menores. Lo que no pueden hacer en sus países con sus niños lo hacen aquí con los nuestros, seguros de una total impunidad... Datos de la Interpol publicados por el periódico *El Tiempo* aseguran que en Colombia existen por lo menos 35.000 niños dedicados a la prostitución. Solo en Bogotá hay entre 10.000 y 15.000 niños entre los 12 y los 17 años..." (Gaceta del Congreso número 302 de 1999, pág. 10).

De ahí que el proyecto mencione como causas fundamentales de la explotación sexual de los menores, en primer lugar, la marginación social de las víctimas (asociada a condiciones económicas inequitativas y al crecimiento demográfico) y la conducta irresponsable de adultos extranjeros que, prevalidos de la debilidad institucional de los países más atrasados para enfrentar estas modalidades delictivas, abusan de personas colocadas en situación de debilidad manifiesta.

Al lado de esta primera causal de prostitución infantil, turismo sexual y pornografía abusivos de los menores de edad, se sitúan otras no menos importantes: la disfunción de las familias (principalmente por el abandono de sus obligaciones por parte de uno o de ambos padres, o por la violencia intrafamiliar), la falta de educación (asociada a imposibilidad del acceso y a la deserción escolar por carencia de medios económicos), la migración del campo a la ciudad, la discriminación por motivos de sexo y las prácticas tradicionales nocivas (las niñas son más vulnerables, pues hay una cultura de violencia, violación, incesto y abusos sexuales contra las mujeres, por un lado; por otro, la discriminación se manifiesta en menosprecio hacia las mujeres y mayores prerrogativas sociales a los hombres), los conflictos armados, la trata de niños, la explotación creciente de medios tecnológicos como el Internet que facilitan dichas prácticas, y la insuficiente atención que reciben las políticas públicas en los presupuestos, entre otras.

Por este motivo, por tratarse de un fenómeno transnacional que rebasa las capacidades institucionales de cada uno de los Estados, se impone la conjugación de esfuerzos que cierre el paso a la impunidad de que hasta ahora disfrutaban los infractores.

En esa dirección, son varios los instrumentos internacionales suscritos por Colombia orientados a proteger a los menores de edad. En primer lugar, la Convención sobre los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989), adoptada en el orden interno mediante la Ley 12 de 1991, cuyo artículo 34 establece:

"Artículo 34. Los Estados partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) La explotación del niño en espectáculos u otras prácticas sexuales ilegales".

Y el artículo 36 dispone:

“Artículo 36. Los Estados Partes protegerán al niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar”.

Otros instrumentos internacionales de protección a los intereses del menor, con carácter vinculante para nuestro país, son:

- El Convenio para la Represión de la Trata de Personas y la Explotación de la Prostitución Ajena (Naciones Unidas, 1949).
- La Declaración Internacional de los Derechos Humanos (1958).
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969).
- La Declaración Mundial sobre la Supervivencia y el Desarrollo del Niño, realizada por los Jefes de Estado durante la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, celebrada por las Naciones Unidas en 1990.
- La Convención de La Haya sobre aspectos civiles del secuestro internacional de niños 1994.
- La Convención Interamericana sobre Restitución Internacional de Menores. 1998
- La Convención Interamericana sobre Tráfico de Menores. 1998”.

Por su parte, el artículo 44 de la Constitución preceptúa:

“Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la **integridad física, la salud** y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. **Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos.** Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

(...)

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.

Son múltiples los pronunciamientos de la Corte Constitucional relativos a la protección y promoción de los derechos fundamentales de los niños, entre ellos el de no ser sometidos a ninguna forma de abuso sexual, conducta que atenta no sólo contra su integridad física y su salud, sino que lesiona gravemente su dignidad y el libre desarrollo de su personalidad.

En sentencia C-146 de 1994, mediante la cual declaró exequibles los artículos 303 y 305 del Decreto-ley 100 de 1980 (Código Penal vigente hasta el 23 de julio del presente año), que tipifican el acceso carnal y los actos sexuales abusivos con menores de catorce años (en los cuales no es válido alegar el consentimiento de la víctima), dijo:

“... Se trata de comportamientos cuya sola enunciación indica el sentido protector de las normas que los prohíben, pues lesionan gravemente la integridad física y moral, el desarrollo psicológico y la honra de los menores que puedan llegar a ser víctimas de ellos”.

(...)

“...al tenor del artículo 5° de la Constitución, el Estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona. Uno de ellos es el indicado en el artículo 12 ibídem, según el cual nadie será sometido a tratos degradantes. Los actos sexuales y el acceso carnal no lo son para una persona mayor, enteramente dueña de su comportamiento, mientras los lleve a cabo en forma voluntaria y libre; pero sí lo son, y en alto grado, cuando se obtienen de una persona cuya madurez psicológica y desarrollo físico todavía están en formación, como en el caso de los menores, su libertad –aquí alegada erróneamente por el actor– no es plena, pues carecen de una cabal conciencia acerca de sus actos y las consecuencias que aparejan”.

Y en sentencia C-292 de 1997 reiteró:

“Los delitos sexuales a los que se refiere la normatividad acusada [artículos 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 308 y 312 del Decreto-ley 100 de 1980] revisten especial gravedad en tanto en cuanto afectan la libertad del sujeto pasivo de los comportamientos sancionados, mucho más cuando se trata de menores, dada la circunstancia de que, por no haber logrado aún la plenitud de su madurez psicológica, les resulta imposible comprender a cabalidad el significado y los alcances del acto sexual y de los que con él están relacionado”.

De ahí que el Estado deba ser sumamente celoso en el cuidado y protección de una franja tan vulnerable de la población, como son los niños y las niñas, hoy expuestos a tratos degradantes como la prostitución, el turismo sexual y la pornografía, cuyos efectos son devastadores, profundos y duraderos, manifestados en sensación de pérdida generalizada, pérdida de la inocencia y de la infancia, como bien puntualiza la exposición de motivos del proyecto:

a) Efectos de orden físico: insalubridad, hacinamiento, alimentación deficiente, nula atención médica, maltrato, aborto, mayor riesgo a contraer enfermedades venéreas; y

b) Efectos de orden mental y psicológico: depresión profunda con tendencias suicidas; pérdida de la autoestima; percepción distorsionada de la actividad sexual; sentimiento de pérdida y sacrificio sin ningún beneficio a cambio; dificultades para aprender, para concentrar la atención y para recordar; escapismo mediante la disociación, la fantasía o el sueño; absoluta dependencia de los proxenetas (alienación o servilismo); sentimiento de culpa; automutilación, agresión física y sexual; incapacidad de confiar en nadie; fobias múltiples (miedo de la actividad sexual, de ser vendido, de los hombres, de la violencia, de los nuevos adultos a cargo, del ostracismo, incluso de volver a sus hogares).

En este sentido, el Protocolo es una medida multilateral complementaria de la Ley 679 de este año, “por medio de la cual se expide un estatuto para prevenir y contrarrestar la explotación, la pornografía y el turismo sexual con menores, en desarrollo del artículo 44 de la Constitución”, y de las disposiciones del Código Penal (Ley 599 de 2000). Con este conjunto normativo se atiende la conjugación de esfuerzos que exige la Convención sobre los Derechos del Niño y al mismo tiempo se desarrolla el artículo 44 de la Carta Política, con el fin último de evitar los efectos devastadores de orden físico, mental y psicológico que producen los abusos sexuales en los menores de edad.

Contenido del protocolo

Sintéticamente resaltamos los siguientes aspectos del Protocolo, que ponen de presente la importancia que puede llegar a tener en el combate efectivo de los Estados contra esta manifestación moderna de explotación humana:

- Los Estados partes prohibirán la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil (artículo 1°).

- Se entiende por venta de niños su traspaso por una persona o grupo de personas a otra a cambio de una remuneración u otra retribución.

- Se define prostitución infantil como la utilización de un niño en actividades sexuales a cambio de remuneración u otra retribución.

- Se entiende por pornografía infantil toda representación, por cualquier medio, de un niño dedicado a actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o toda representación de las partes genitales de un niño con fines primordialmente sexuales (artículo 2°).

- Las siguientes actividades serán incorporadas en las legislaciones penales de los Estados partes:

a) Venta de niños con fines de explotación sexual, lucro de órganos del niño, trabajo forzado;

b) Inducción a otro a consentir una adopción en violación de instrumentos internacionales;

c) Oferta, posesión, adquisición o entrega de un niño con fines de prostitución;

d) Producción, distribución, divulgación, importación, exportación, oferta, venta o posesión de pornografía infantil.

Las normas penales se aplicarán a la tentativa, complicidad y participación.

Las penas serán adecuadas a la gravedad del hecho.

Las personas jurídicas serán responsables civil, penal o administrativamente, cuando sea procedente.

La adopción de niños se sujetará a los instrumentos internacionales aplicables (artículo 3°).

- Los Estados partes aplicarán las sanciones penales cuando el delito se cometa en naves o aeronaves en su territorio.

Cada Estado parte aplicará las sanciones cuando el delincuente o la víctima sean nacionales de ese Estado, o cuando el delincuente se encuentre en su territorio y no sea extraditado a otro Estado (artículo 4°).

Los delitos contemplados en el Protocolo harán parte de los delitos extraditables en cualquier tratado de extradición. Si no hay tratado de extradición entre los Estados Partes, el Protocolo será base jurídica para su procedencia (artículo 5°).

- Los Estados partes se colaborarán en investigaciones, procesos penales y extradición en relación con los delitos señalados en el Protocolo (artículo 6°).

- Los Estados partes adoptarán medidas para incautar y confiscar los elementos del delito y las utilidades que genere; darán curso a las solicitudes de otros Estados para las confiscaciones e incautaciones; y adoptarán medidas para cerrar los locales en donde se cometan los delitos (artículo 7°).

- Los Estados protegerán en todas las fases del proceso penal a los niños víctimas de las prácticas prohibidas (artículo 8°).

- Los Estados Partes adoptarán, reforzarán, aplicarán y darán publicidad a las leyes, medidas administrativas, políticas y programas sociales destinados a la prevención de los delitos a que se refiere el protocolo; promoverán la sensibilización del público en general y alentarán la participación de la comunidad.

Asegurarán la asistencia apropiada a las víctimas de los delitos, su reintegración social y su recuperación física y psicológica.

Asegurarán que los niños víctimas tengan acceso a procedimientos adecuados para obtener reparación por los daños sufridos.

Adoptarán medidas para prohibir efectivamente la producción y publicación de material en que se haga publicidad a los delitos enunciados (artículo 9°).

- Los Estados partes fortalecerán la cooperación internacional para la prevención, detección, investigación, enjuiciamiento y castigo de los responsables de esos delitos; para su recuperación física y psicológica, reintegración social y repatriación; y para luchar contra los factores fundamentales que contribuyen a la vulnerabilidad de los niños, como la pobreza y el subdesarrollo.

Los Estados partes que estén en condiciones de hacerlo proporcionarán asistencia financiera, técnica o de otra índole, en los planos multilateral, bilateral o regional o de otros programas (artículo 10).

- Lo dispuesto en el Protocolo no obsta para que se apliquen normas más propicias a la realización de los derechos del niño contenidas en la legislación de un Estado parte o en el derecho internacional vigente para ese Estado (artículo 11).

- Dos años después de la entrada en vigencia del protocolo, cada Estado parte entregará un informe sobre las medidas adoptadas para cumplir sus disposiciones.

En los informes al Comité de los Derechos del Niño se incluirá un informe adicional sobre el cumplimiento del protocolo. El Comité podrá pedir a los Estados partes información sobre la aplicación del protocolo (artículo 12).

Por último, los artículos 13, 14, 15, 16 y 17, se refieren a la firma, adhesión y ratificación del Protocolo; su entrada en vigencia; denuncia; enmiendas y archivo, conforme a las disposiciones usuales para esta clase de instrumentos.

Como se puede ver, el protocolo es, desde todo punto de vista, conveniente para Colombia, puesto que es una herramienta para lograr que los derechos de los niños y niñas sean respetados y prevalezcan sobre los derechos de los demás. Los niños y niñas tienen, como seres humanos, los mismos derechos de los adultos, pero merecen una aplicación y una protección especial por su necesidad de atención y cuidado, sustentada en la clara diferencia física y psicológica entre un infante y un adulto, que hacen del primero un ser humano con mayor grado de vulnerabilidad.

Al aprobarse el Proyecto de ley número 32 de 2001, se estará adoptando un instrumento más contra las conductas de explotación sexual de población infantil (particularmente contra las conductas de venta, prostitución y pornografía) y una defensa más para los niños y niñas de Colombia y del mundo.

Propuesta

Por lo expuesto, los suscritos ponentes recomendamos a la plenaria, del Senado: Dése segundo debate al Proyecto de ley número 32 de 2001, "por medio de la cual se aprueba el 'Protocolo facultativo de la Convención sobre

los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía', adoptado en Nueva York el veinticinco (25) de mayo de dos mil (2000)".

De los honorables Senadores,

Piedad Córdoba Ruiz, Rafael Orduz Medina, Senadores.

* * *

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 48 DE 2001 SENADO

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración del nonagésimo octavo aniversario de la fundación del municipio de Albán (departamento de Cundinamarca) y se dictan otras disposiciones.

Doctor

CARLOS GARCIA ORJUELA

Presidente

Senado de la República

Presente

Señor Presidente, honorables Senadores:

Cumplo con el honroso encargo que me confió la mesa directiva de la Comisión Segunda de rendir ponencia para segundo debate al Proyecto de ley número 48 de 2001, "por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración del nonagésimo octavo aniversario de la fundación del municipio de Albán (departamento de Cundinamarca), y se dictan otras disposiciones".

El proyecto fue presentado por la honorable Senadora Martha Catalina Daniels y su objetivo, asociado a la conmemoración de la fundación del municipio, es el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes mediante la ejecución de proyectos de inversión en materia de salud, educación, cultura y vías de comunicación, los cuales no pueden ser emprendidos por las autoridades locales por insuficiencia de recursos fiscales propios.

Este proyecto fue aprobado por unanimidad en primer debate por la Comisión Segunda del Senado el 24 de octubre de este año, conforme al texto de la ponencia presentada por la suscrita Senadora.

El municipio de Albán, a pesar de encontrarse a solo 52 kilómetros de la capital del país, carece de una adecuada infraestructura vial, de salud y educación. Los centros de salud del municipio y de sus veredas no tienen la dotación mínima que les permita brindar una atención adecuada a los usuarios. Los centros educativos carecen de bibliotecas y de los más elementales equipos tecnológicos, circunstancia que niega a la población escolar las oportunidades que exige un mundo moderno interdependiente regido por los avances de las telecomunicaciones.

De otro lado, es de considerar que el territorio municipal tiene un gran potencial como fuente hídrica para todos los municipios de la zona, potencial que se encuentra en riesgo por la deforestación, a pesar de los esfuerzos de Albán y del departamento de Cundinamarca para su conservación. Por esta razón el proyecto se propone impulsar el programa de turismo ecológico como medio para preservar la función reguladora y almacenadora del recurso hídrico, y como fuente de empleo para un municipio que padece altos índices de desocupación.

En este sentido, es procedente que a la Nación asuma la obligación subsidiaria establecida en el artículo 288 de la Constitución de colaborar con la administración local para la atención de necesidades de la población que escapan a su capacidad financiera y de gestión. La dotación de recursos tecnológicos es apenas un primer paso hacia la real igualdad de oportunidades de todos los colombianos y a ella debe concurrir la Nación, porque es un hecho notorio que la penuria de los fiscos locales, que escasamente permite atender los compromisos ordinarios y cotidianos, impide a la inmensa mayoría de municipios colombianos adelantar cualquier proceso de modernización por sus propios medios. Más aún al municipio de Albán que carece de actividades comerciales e industriales y por ende de ingresos tributarios por estos conceptos. En efecto, tal como se lee en la exposición de motivos, la economía del municipio es netamente campesina o de explotación de la tierra en áreas reducidas poco tecnificadas, con estrechos márgenes de capitalización y bajos ingresos, lo que la ubica como una economía de subsistencia.

Por tal motivo, al acoger la iniciativa de la Senadora Daniels considero razonable que la Nación contribuya a la financiación de las mínimas

necesidades a que se refiere el proyecto, de cuya sola enunciación se desprende que pueden ser asumidas por el fisco nacional, en desarrollo del principio de complementariedad, plenamente justificado en este caso:

- Mejoramiento malla vial Jorge Ferro-Río Namay.
- Dotación e implementación de los centros de salud de las veredas Namay Alto y Chimbe.
- Dotación e implementación del centro de salud municipal.
- Dotación tecnológica de las bibliotecas de las escuelas municipal y veredales.
- Centro recreativo y cultural del municipio.
- Creación, apoyo y divulgación del Programa Turismo Ecológico o Alternativo.

Respecto al texto aprobado en primer debate es necesario hacer notar:

El artículo 3° del proyecto aprobado en primer debate dispone: "Autorízase al gobierno nacional para realizar las operaciones presupuestales necesarias para el cumplimiento de la presente ley". En oficio 000687 del 24 de octubre del presente año el Ministro de Hacienda formula al Presidente del Senado una observación respecto al artículo 4° (sic) en el sentido de que "...no es procedente que los proyectos de ley, incluyan fórmulas donde se faculte al gobierno a realizar este tipo de prácticas, pues ello implicaría una modificación autónoma del presupuesto por parte del Ejecutivo...", lo cual no está autorizado por la Constitución y la ley; en tales casos el gobierno debe presentar el proyecto de ley pertinente, según ordena el Estatuto Orgánico del Presupuesto (Decreto 111 de 1996). Así lo ha dicho la Corte Constitucional en varias sentencias, entre ellas la C-685 de 1996 y la C-381 de 1997. Recomienda el Ministro, por tanto, revisar dicho aspecto del proyecto.

En consecuencia, atendiendo la recomendación anotada, se suprimirá el artículo 3° aprobado en primer debate, que faculta al gobierno para realizar operaciones presupuestales encaminadas al cumplimiento de la ley.

Proposición

Por considerar que con este proyecto se hace justicia al municipio de Albán, un distrito que evidencia grandes carencias en infraestructura de servicios para sus habitantes, **Propongo** a la plenaria del Senado: Dése segundo debate al Proyecto de ley número 48 de 2001, "por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración del nonagésimo octavo aniversario de la fundación del municipio de Albán (departamento de Cundinamarca), y se dictan otras disposiciones", con las modificaciones que se indican en pliego anexo.

Piedad Córdoba Ruiz,
Senadora Ponente.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 48 DE 2001

por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración del nonagésimo octavo aniversario de la fundación del municipio de Albán (departamento de Cundinamarca), y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. La Nación se asocia a la celebración del nonagésimo octavo aniversario de la fundación del municipio de Albán (departamento de Cundinamarca), y rinde homenaje a sus primeros pobladores y a quienes le han dado lustre y brillo en sus 98 años de existencia.

Artículo 2°. De conformidad con el régimen legal vigente, el Gobierno Nacional concurrirá a la financiación de las siguientes obras de utilidad pública y de interés social para el municipio de Albán:

1. Proyectos Económicos:
 - a) Mejoramiento malla vial vía Jorge Ferro-Río Namay.
 - b) Dotación e implementación de los centros de salud ubicados en las veredas Namay Alto y Chimbe.
 - c) Dotación e implementación del centro de salud del municipio de Albán.
2. Proyectos para el fortalecimiento del patrimonio cultural y turístico:
 - a) Dotación tecnológica de las bibliotecas municipal y de las escuelas veredales.
 - b) Centro recreativo y cultural del municipio.
 - c) Creación, apoyo y divulgación del programa Turismo Ecológico o Alternativo.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

Piedad Córdoba Ruiz,
Senadora Ponente.

* * *

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY 129 DE 2000 SENADO

por la cual se introduce algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993.

Honorables Senadores:

En cumplimiento del honroso encargo que nos ha hecho la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del honorable Senado de la República nos permitimos presentar el estudio del proyecto de ley de la referencia, cuya ponencia para primer debate había sido aprobada el día 6 de junio de 2001, por esta Comisión, pero que con fundamento en el artículo 178 del Reglamento Interno del Congreso, solicitamos al señor Presidente devolver el estudio nuevamente a la Comisión.

Antecedentes

La Constitución Política de 1991, en el capítulo segundo de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales establece:

Artículo 48. La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

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

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

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

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

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

Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.* Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

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

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Este marco constitucional es producto de la conciliación entre dos sectores enfrentados en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente. Una corriente social que impulsaba la ampliación de la cobertura y la integración de los conceptos de seguridad social y asistencia pública para eliminar la estratificación de beneficiarios. Por otro lado la corriente modernizada neoliberal defensora del apartado sano principio de la libre elección de los usuarios y la libre competencia entre los oferentes como instrumentos que garantizarían la eficiencia y calidad de la prestación de los servicios.

El constituyente delega en la ley la definición de los contenidos concretos y los mecanismos operativos de la seguridad social. La Asamblea Nacional Constituyente mediante el artículo transitorio 57 encargó a una comisión especial el diseño de la propuesta de ley sobre seguridad social, precisando los sectores sociales que debían integrarla y fijándole un plazo de 180 días

para la elaboración de una propuesta que serviría de base al Gobierno para la presentación del proyecto de ley al Congreso de la República.

La Comisión creada por mandato constitucional finalmente no cumplió su propósito, por lo cual el Gobierno Nacional presentó un proyecto de ley radicado con el número 155 de reforma al sistema de pensiones, el cual generó resistencia en sectores parlamentarios que exigían una propuesta de reforma integral a la seguridad social. Ante esta situación el Ministro de Salud de la época Gustavo de Roux y el Subdirector del DNP Juan Luis Londoño lideraron la redacción de un proyecto de reforma de la seguridad social en salud, popularizado como el proyecto de "Hato Grande" por el sitio donde fue presentado, esta propuesta fue el documento base de la Ley 100 de 1993.

La conjunción de factores como la baja cobertura histórica del Instituto de los Seguros Sociales, que en cinco décadas de labor sólo lograba cubrir el 16% de la población colombiana y el 50% de la población asalariada; asociada al auge del pensamiento neoliberal en el continente, representado en nuestro país en la coalición de gobierno liderada por el Presidente César Gaviria; facilitada por la composición del Congreso predeterminaron el sentido y los fines de la legislación.

Quisiéramos presentar, sin fines exhaustivos, los principios fundamentales de la seguridad social en salud contenidos en la Ley 100 de 1993, contrastando las garantías normativas con las debilidades o riesgos de la misma identificados hasta ahora¹, como preámbulo al examen del impacto de la legislación en la situación del sector salud en nuestro país, fuente de inspiración del proyecto de ley que estamos examinando.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA LEY 100 DE 1993

Integralidad

Este principio, a pesar de no estar incluido en la Constitución Política, en la ley se expresa en el Plan Obligatorio de Salud (artículo 162), en la cobertura familiar (artículo 163); en la eliminación de las preexistencias y las exclusiones propias del régimen privado (artículo 164); por el reaseguro de enfermedades de alto costo del régimen privado (artículo 162), parágrafo 4° y por la atención oportuna de las urgencias (artículo 168); en la organización de los servicios de salud pública o atención básica (artículos 165 y 166) a cargo del Ministerio y de las direcciones seccionales y locales, y por el manejo del fondo o cuenta de servicios de prevención y promoción que a diferencia de los anteriores sí son asumidos por las EPS (artículo 222).

Sin embargo, el principio de integralidad se encuentra amenazado por el establecimiento de períodos mínimos de cotización (artículo 164); las limitaciones financieras dada las insuficiencias de las contribuciones al régimen contributivo que podría ocasionar cobros excesivos en el régimen de copagos y en planes de atención complementaria (artículos 164, 169, 187); en la financiación parcial inicial del régimen subsidiado (artículos 162, 214, y 221); en las exclusiones que puede adoptar el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Universalidad

La universalidad inspirada en el mandato constitucional (artículos 48 y 49 de la Constitución Política) que reconoce la salud como un derecho esencial y la seguridad social como un servicio público y un derecho irrenunciable, es diferida en el tiempo, en la misma constitución, al señalar en los artículos referenciados "El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social".

Los servicios de salud pública son intrínsecamente universales, no pueden ser progresivos, ni sometidos a focalización socioeconómica que excluya estratos o regiones, la exclusión y la focalización es propio de las reglas de mercados competitivos ajenos a las características de los bienes y servicios públicos, el saneamiento ambiental, las campañas preventivas, la atención de las epidemias y las inmunizaciones no pueden segmentarse.

La universalidad es afectada estructuralmente por dos elementos: en primer lugar al establecer los servicios de salud de tipo privado contenidos en el POS (artículo 162) se rompe con la obligatoriedad del Estado de garantizar la universalidad con recursos fiscales, al endosar la obligación a los beneficiados y patrones, limitándose el Estado a facilitar el acceso y vigilar los derechos y las obligaciones de los afiliados. Garantizada por la constitución y la ley de manera formal, la efectividad de la cobertura universal depende de la capacidad real del sistema para afiliarse a toda la población y financiar los servicios.

Las garantías formales de la universalidad, se fundamentan en la obligatoriedad de la afiliación a toda la población (artículo 153, numeral 2, 156 literal b), 157 y 160 numeral 2; la cobertura familiar obligatoria (artículos 162 y 163) y el régimen de estímulos y sanciones (artículos 157 parágrafo 1° y 230).

Los principales riesgos o peligros para la universalización lo constituyen, los crecientes costos administrativos y financieros para afiliarse a la población dispersa, como trabajadores y profesionales independientes, informales o de la pequeña industria lo cual podría terminar bloqueando la expansión del sistema. Un segundo riesgo es la falta de estímulos a las direcciones seccionales y locales de salud para ampliar el régimen subsidiado (artículos 215 y 216) o que bloqueen la presencia de otros competidores.

La obligatoriedad

Este principio garantizado formalmente en el establecimiento de las obligaciones del empleador (artículo 161); por las obligaciones de las IPS en la atención de urgencias (artículo 168); por las obligaciones de las EPS (artículos 178, 182, 183 y 225); por las obligaciones de las IPS (artículo 188); por la cotización obligatoria (artículo 204); por las obligaciones del empleador (artículo 210); por las obligaciones de los proveedores (artículo 227); por la obligación de la afiliación y la cotización (artículos 156, 160, 204). Es limitado o mejor colocado en riesgo de incumplimiento por la inexistencia de sanciones ante su incumplimiento. Peor aun el artículo 209, declarado parcialmente exequible por la corte constitucional mediante sentencia C-177 de 1998 que pretende sancionar al afiliado que incumple con las cotizaciones suspendiéndole la filiación, ha sido una ventana a la elusión.

La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual incluye el Plan de Atención Básica (PAB); el Plan Obligatorio de Salud (POS) con dos regímenes subsidiado y contributivo y la protección contra los accidentes de tránsito, desastres naturales y terrorismo (ECAT).

El sistema general de seguridad social en salud es administrado por las EPS entidades promotoras de salud en el régimen contributivo y por las administradoras del régimen subsidiado (ARS) las cuales contratan la prestación de los servicios con las IPS Instituciones prestadoras de servicios.

Impacto de la Ley 100 de 1993

El principal objetivo del sistema de seguridad social en salud era la cobertura universal de todos los colombianos para 2001 (artículo 151) a diciembre de 2000, última fecha en la cual se cuentan con estadísticas confiables sólo 20.3 millones de Colombianos de una población total de 42.5 millones, es decir el 48% se encuentra cubierto. Más grave aun si consideramos que la última ampliación de cobertura se realizó en diciembre de 1999, durante el año 2000 no hubo ampliación y en lo corrido de este año no se ha incrementado el número de afiliados al régimen subsidiado. Estas frías cifras reflejan el escalofriante drama humano de amplios y vastos sectores de la población, desprotegidos y abandonados a su suerte.

La transformación del mal denominado subsidio de oferta (situado fiscal y otras rentas nacionales, departamentales y municipales) a subsidios de demanda (ventas de servicios) y su disminución progresiva para la red de hospitales públicos son la causa directa de la grave crisis hospitalaria y de la expedición del acta de defunción de los hospitales del primer nivel de complejidad de los centros y puestos de salud.

La crisis de la red de hospitales públicos tiende a profundizarse por el estado de su infraestructura física, la pobre dotación tecnológica, la falta de insumos para la atención y los altos pasivos prestacionales, lo cual les dificulta competir con las IPS privadas.

El Estado de la Salud Pública desde la expedición de la Ley 100 de 1993 ha sufrido un profundo deterioro, tal como se evidencia en el último informe sobre la situación de la salud en Colombia. Indicadores básicos 2000. Del Ministerio de Salud. OPS. OMS. Según el cual tenemos Leishmaniasis 12.3; Sífilis 60.5; Sífilis Congénita 77.7 menores de un año; SIDA 2.05; Dengue clásico 141.7; Dengue hemorrágico 13.0; Malaria 495.2 por cada cien mil habitantes. El SIDA y la hepatitis B y C continúan en aumento; según la misma publicación los niveles de vacunación han descendido hasta límites preocupantes para la protección de la población, Antipolio 80.5%; Antihepatitis B 80.3%; Triple Viral 81.4%; DPT 82.2%.

¹ Para estos efectos adaptamos una síntesis del capítulo V del trabajo de Iván Jaramillo. El Futuro de la Salud en Colombia, Cuarta edición, editado por Fescol, FES, Fundación Antonio Restrepo Barco y Fundación Corona, enero de 1999.

La situación de los profesionales de la salud no puede ser peor. Disminución generalizada de salarios, precarias o inexistentes prestaciones sociales, erosión de la dignidad como profesional y por esa vía como persona, produciéndose además altos niveles de desempleo y subempleo profesional.

El deterioro de la calidad de la atención médica es ostensible, se evidencia en la disminución del tiempo dedicado por el médico en la atención directa del paciente limitando los pasos del método clínico a lo cual se añade las restricciones a los exámenes de laboratorio y paraclínico y las limitaciones para la formulación de medicamentos.

El régimen contributivo acusa profundos problemas siendo los principales la duplicación denunciada por la superintendencia nacional de salud y la intervención por esta misma entidad de las EPS públicas.

La crisis estructural del ISS la entidad más grande, que cubre un amplio espectro de la geografía nacional, contribuye a profundizar la ya de por sí aguda crisis del sector.

El régimen subsidiado, es afectado por los costos de intermediación estimados por la Contraloría General de la República en un 40% cerca de 500.000 millones de pesos, ocasionándole graves problemas al servicio a los usuarios.

Ante las múltiples dificultades y problemas existentes en el sector salud es presentado el proyecto de Ley 129 de 2000 como instrumento normativo para contribuir a la superación de la crisis.

Proyecto de Ley 129 de 2000

El 21 de noviembre de 2000 el Senador Jorge Eduardo Gechen Turbay presentó el proyecto de Ley 129 de 2000 "por la cual se introducen algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993", repartido en la misma fecha por la Presidencia del Senado a la Comisión Séptima Constitucional.

El 29 de noviembre de 2000 la Mesa Directiva de la Comisión séptima designó como ponentes a la doctora Flora Sierra de Lara y al doctor Dieb Maloof Cuse, y para el Segundo Debate se hizo el cambio de la Senadora Flora Sierra por el Senador Honorio Galvis decisión que nos fue comunicada por el Secretario General de la Comisión doctor Eduardo Rujana Quintero.

La iniciativa tiene como propósito garantizar el acceso de la población de escasos recursos a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud mediante la superación de la crisis hospitalaria nacional por la vía de garantizar un flujo adecuado de recursos en el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo el proyecto aspira sentar las bases normativas para mejorar la relación médico-paciente y facilita el Registro Unico Nacional de quienes ejercen la medicina en Colombia.

Contenido del proyecto

En el artículo primero, **del objeto y campo de aplicación**, se propone modificar el artículo 165 de la Ley 100 de 1993 al incluir en el plan de atención básica las enfermedades de transmisión sexual y en general las enfermedades emergentes y reemergentes, al tiempo que asigna esta responsabilidad al Ministerio de Salud y a las Secretarías de Salud territoriales, estableciendo como fuente de financiamiento recursos del Ministerio de Salud y de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga. Define que como mínimo el 50% de la contratación debe hacerse a través de la red pública y el establecimiento de las condiciones de contratación en cabeza del Ministerio de Salud.

En el artículo segundo, **financiación de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública del primer nivel de atención**, se establece que los hospitales puestos y centros de salud que formen parte de la red pública localizados en municipios de categorías 5ª, 6ª y todos aquellos que se dediquen exclusivamente a la atención del primer nivel de complejidad o a las acciones del PAB, previo concepto de los consejos territoriales de seguridad social en salud recibirá las asignaciones correspondientes al presupuesto de gastos por el sistema de subsidios de oferta con los recursos de los fondos locales, departamentales o distritales de salud y con los recursos señalados en el artículo primero.

En el artículo tercero, **financiación de las instituciones prestadoras de Servicios de Salud de I, II y III nivel**, la red de hospitales públicos no contemplados en el artículo anterior tendrán un sistema mixto de financiación de oferta y demanda. Serán recursos de oferta: los del situado fiscal para salud establecidos en el artículo 356 de la Constitución, el 10% de forzosa inversión social para subsidios de oferta de las participaciones municipales en los ingresos corrientes de la nación, definidos en la Ley 60 de 1993 y en

el Decreto 1664 1994, las rentas cedidas por la nación a los departamentos y distritos con destino a las secretarías territoriales de salud y los demás recursos que por cualquier concepto ingresen a los fondos de salud de que trata el Decreto 1893 de 1994. Serán recursos de demanda: los de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y el 15% de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación definidos en la Ley 60 de 1993 y en Decreto 1664 de 1994. No podrá disminuirse el subsidio a la oferta sino sobre la base de un riguroso análisis que tenga en cuenta la población vinculada, la tasa de desempleo, el cumplimiento de los compromisos del Estado con el Fosyga y el desarrollo desigual de las regiones previo concepto favorable del Consejo Nacional de Seguridad.

En el artículo cuarto, **financiación de la subcuenta de solidaridad del Fosyga**, se estipula que a partir de la vigencia del año 2001 el aporte del presupuesto nacional al fondo de solidaridad y garantía en cada vigencia fiscal será igual a los recursos generados por el punto de cotización de solidaridad del régimen contributivo.

En el artículo quinto, **recursos para solucionar la crisis hospitalaria nacional**, se establece que los recursos no presupuestados durante las vigencias 1994, 1995 y 1996 de acuerdo con lo establecido en el artículo 221 de la Ley 100 de 1993, no cancelados hasta el momento de entrar en vigencia la presente ley serán destinados al pago por la prestación de servicios a la población vinculada al sistema, no afiliada al régimen contributivo ni subsidiado y, a las patologías no incluidas en el POS del régimen subsidiado según los criterios de distribución que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, igual destinación tendrá en cada vigencia los excedentes de la subcuenta de ECAT del Fosyga.

El artículo sexto, **nivel del situado fiscal**, establece que el situado fiscal será un porcentaje creciente de los ingresos corrientes de la nación con niveles del 25% para el año 2000; 26% para el año 2001; 27% para el año 2002; para el año 2003 el 27.5% y para el año 2004 el 28%. Así mismo obliga destinar del total del situado fiscal que corresponda a cada departamento el 70% para educación y el 30% para salud.

El artículo séptimo, **contenido del POS subsidiado**, establece que a partir de estudios técnicos realizados por el Ministerio de Salud y con los nuevos recursos establecidos en la presente ley el consejo nacional de seguridad social en salud debe establecer las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad de la población afiliada al régimen subsidiado y para ampliar progresivamente el contenido del POS subsidiado. Se ordena además el reajuste proporciona del valor de la unidad de pago por capitación.

El artículo octavo, **de las direcciones territoriales del régimen subsidiado**, crea estas direcciones, con funciones de administración de este régimen en su zona geográfica, le encarga la afiliación de los beneficiados y debe garantizar a sus afiliados el plan de beneficios establecidos en el POS subsidiado mediante contratación con la red pública en un porcentaje no inferior al 60%. Podrá disponer por costos de administración hasta del 12% del valor de la unidad por capitación subsidiada que le corresponda. Tendrán independencia administrativa y financiera. El director regional del régimen subsidiado será nombrado por el Gobernador o el Alcalde según el caso de terna presentada por el consejo territorial de seguridad social o directamente sino lo hubiere. Las actuales ARS podrán seguir funcionando siempre que presten servicios de buena calidad, sus costos de administración se limiten hasta el 12% del valor de las unidades por capitación y contrate con la red pública de servicios mínimo un 60%. La dirección territorial del régimen subsidiado de salud podrá ser adjudicada a una Caja de Compensación Familiar por el consejo territorial o el nacional si este no existiere, en cuyo caso el valor de la administración no podrá superar el 10% de las unidades por capitación. En un plazo máximo de seis (6) meses será obligatorio la constitución de los consejos territoriales departamentales y los de todas las ciudades capitales. El Ministerio de Salud establecerá el traspaso de los afiliados actuales de las ARS teniendo en cuenta los períodos de contratación y en todo caso garantizando la continuidad de la atención a los usuarios previo concepto favorable del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. La Superintendencia Nacional de Salud se encargará del proceso de liquidación de las actuales ARS que no se sometan a las condiciones establecidas en este artículo.

El artículo noveno, **sobre la relación médico-paciente**, establece que todos los actores del sistema respetarán la autonomía profesional de la salud en el ejercicio de su profesión. Se prohíbe constreñir el criterio médico, coartar

la solicitud de exámenes, impedir la libre remisión de pacientes al especialista o limitar el ejercicio de la prescripción de medicamentos establecido en el manual aprobado por el consejo nacional de seguridad social en salud. El médico debe dedicar al paciente el tiempo suficiente para hacer una evaluación adecuada, para lo cual dispondrá como mínimo en consulta externa programada de veinte (20) minutos o más en casos especiales.

El artículo décimo, **Racionalización del número de facultades de medicina y ciencias de la salud**, Ordena la creación de una comisión presidida por los Ministerios de Salud y Educación que con el concurso del Consejo Directivo Nacional de la Asociación Médica Colombiana en un plazo no mayor de cuatro meses defina medidas para la racionalizar la apertura de nuevos programas de formación del recurso humano.

El artículo undécimo, **inscripción y registro único nacional**, autoriza a la Asociación Médica Nacional para realizar la inscripción y el Registro Único Nacional de quien ejerce la profesión médica en Colombia y la elaboración y actualización del censo médico nacional. La Asociación Médica Colombiana será consultora y asesora del Gobierno Nacional en materia de regulación, capacitación, formación, registro profesional y acreditación del ejercicio de la profesión médica en Colombia, así como en lo relacionado con la salud y la seguridad social de los colombianos sin perjuicio de las funciones de asesoría y consulta que hoy cumplen la Académica Nacional de Medicina, La Federación Médica Colombiana o la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

ANÁLISIS DEL PROYECTO

Sobre la constitucionalidad y la legalidad

Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, tal y como lo expresamos en los antecedentes constituyen el fundamento constitucional desarrollado por la Ley 100 de 1993 y por extensión el marco constitucional del Proyecto de ley 129 de 2000.

En el título XII de la Constitución de 1991, **del régimen económico y de la hacienda pública** el capítulo cuatro **de la distribución de recursos y competencias** establece en el artículo 356 que los recursos del situado fiscal se destinarán a la financiación de la educación preescolar, primaria, secundaria y media y la salud en los niveles que señale la ley. Se implanta el incremento anual del situado fiscal hasta atender adecuadamente los servicios para los cuales está destinado, ordenando no descentralizar responsabilidades sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderlas, estableciendo un período de cinco años para que la ley a iniciativa del congreso revise los porcentajes de distribución.

El artículo 357, a su vez, determina que los municipios participarán en los ingresos corrientes de la nación y la ley a iniciativa del Gobierno determinará el porcentaje mínimo de esa participación y definirá las áreas prioritarias de inversión social que se beneficiarán con dichos recursos, estableciendo constitucionalmente criterios guías para la distribución de los recursos provenientes de esta participación así: 60% en proporción directa al número de habitantes con necesidades básicas insatisfechas y al nivel relativo de pobreza de la población del respectivo municipio; el resto en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en calidad de vida, asignando en forma exclusiva un porcentaje de esa parte a los municipios menores de 50.000 habitantes, fija además un período de cinco años para que la ley a iniciativa del congreso revise los porcentajes de distribución y ordena el incremento anual de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, que deberán pasar del 14% en 1993 al veintidós por ciento como mínimo en el 2002.

El artículo 358 precisa que debe entenderse por ingresos corrientes para los efectos contemplados en los artículos 356 y 357 los ingresos tributarios y no tributados, exceptuándose los recursos de capital.

La aprobación del Acto Legislativo 012 ha creado una nueva situación, en virtud de la creación del Sistema General de participaciones de las entidades territoriales y el vacío legal que implica la virtual derogatoria de la ley de recursos y competencias vigente hasta la expedición del acto legislativo en mención.

Este vacío legal limita los objetivos del proyecto de ley que venimos examinando, muy a pesar de lo cual resulta pertinente introducir las modificaciones que permite la actual situación buscando el fortalecimiento del sistema de seguridad social en salud.

En el capítulo cinco de la constitución **de la finalidad social del Estado y de los servicios públicos** en su artículo 365 el mandato es claro, los servicios

públicos son inherentes a la finalidad del Estado y es su deber asegurar la prestación eficiente de los mismos a todos los habitantes del territorio nacional.

El artículo 366, determina que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de Salud, de Educación, de saneamiento ambiental y de agua potable. (subrayado nuestro).

Los fundamentos constitucionales del Proyecto de ley 129 de 2000 tiene como raíz profunda la esencia del Estado Social de Derecho plasmada por el constituyente en el artículo 366 con meridiana claridad, subrayada en el artículo 365 al ordenar el aseguramiento de la prestación eficiente de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional.

Quiso así mismo el constituyente, garantizar el flujo adecuado de recursos para la provisión de los servicios de salud, como se puede evidenciar en los artículos 356, 357 y 358 cuyos elementos centrales hemos resaltado antes.

Resulta de especial relevancia el mandato constitucional en virtud del cual se establece un período de cinco años para que la ley a iniciativa del congreso revise los porcentajes de distribución de los recursos del situado fiscal.

Con los anteriores planteamientos consideramos hemos sustentado suficientemente los fundamentos constitucionales del proyecto de ley en comentario. Examinaremos en el siguiente aparte los fundamentos o bases legales.

El Sistema Nacional de Salud creado por el Decreto 56 de 1975 fue modificado parcialmente en su funcionamiento por la Ley 12 de 1986 y el Decreto 77 de 1987, la Ley 10 de 1990 introdujo cambios conceptuales e institucionales importantes al implantar una perspectiva multisectorial y de concertación propia de los modelos contemporáneos de salud. Un año después de expedida la Ley 10 de 1990, es promulgada la Constitución Política del 91 y dos años más tarde entran en vigencia la Ley 100 de 1993 y 60 de 1993.

La frecuencia, la importancia y el profundo impacto de la prolífica normatividad en tan breve lapso de tiempo sumada a la tendencia al infinito de la reglamentación de la Ley 100 de 1993 es causa frecuente de confusión sobre la normatividad vigente.

La maraña jurídica que hoy enfrentamos es producto de la confrontación de varias tendencias de reestructuración del sector. Por un lado quienes en la teoría y en práctica aspiran cambiar el enfoque clínico, intra hospitalario y curativo por un de preservación, mantenimiento y promoción centrado en el control de los factores de riesgo ambiental, social y biológico. Por otro lado se enfrentan dos corrientes en el plano administrativo, financiero y de administración pública: La tendencia de centralista con participación ciudadana que inspira la Ley 10 de 1990 y la de creación de mercados competitivos en salud con privatización de las entidades públicas y subsidios a la demanda localizados hacia los más pobres, criterios que inspiran la Ley 100 de 1993.

La Ley 10 de 1990 se apoya en la descentralización y le atribuye al municipio la función de espacio geográfico y unidad de referencia institucional y financiera de los sistemas locales de salud (Silos). Creó mecanismos para estimular la participación de las comunidades y se privilegió la prevención y el primer nivel de atención, estos elementos fueron retomados por la nueva constitución que en el artículo 49 establece "Los servicios de salud se organizarán de manera descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad".

La Ley 60 de 1993 ratificó la perspectiva de la Ley 10 de 1990 en la concepción del modelo aclarando los conceptos subsidiariedad, complementariedad y concurrencia en la prestación de los servicios. Amplió la disponibilidad de recursos no solo del situado fiscal (artículo 10) sino de las participaciones municipales (artículo 22); mantiene el criterio de invertir como mínimo un 50% del situado fiscal para el primer nivel de atención a cargo de los Municipios y provee recursos para la prevención de la enfermedad y fomento de la salud.

Como vemos la Ley 10 de 1990 reordena la oferta de servicios al descentralizar la competencia hacia los municipios y departamentos, mientras la Ley 100 de 1993 reordena la demanda al ampliar las posibilidades del sistema contributivo y al desarrollar los subsidios a la demanda, articulados a los nuevos recursos financieros establecidos en la Ley 60 de 1993.

La Ley 60 1993, dejó abierta la posibilidad para los subsidios a la oferta (artículo 21) y a la demanda (artículo 2º, numerales 3, 4, 5 y artículos 21 y 29) y modificó la competencia territorial de prestación de servicios por el aseguramiento y financiación (artículos 2º, 3º y 4º).

La Ley 344 de 1996 "de racionalización del gasto público" estableció el porcentaje de la transformación de los recursos del situado fiscal para salud

de oferta a demanda sin que mediara un estudio técnico lo que ha contribuido a profundizar la crisis de la red pública. El artículo 20 de esta ley destinó un monto creciente de recursos para atender subsidio a la demanda partiendo del 15% en 1997; 25% en 1998; 35% en 1999 y del 60% en el 2000 al tiempo que estableció sanciones a las entidades territoriales y responsabilidad disciplinaria y fiscal para los funcionarios que no cumplan estas disposiciones. La red pública de hospitales dejará de recibir unos 371.000 millones de pesos en la vigencia de 2001. De igual manera las rentas cedidas y los recursos específicos para la salud fueron afectados en igual sentido, partiendo del 15% en 1998; el 25% en 1999 y el 60% en el 2000. La red pública de hospitales dejará de recibir 161.000 millones por este concepto.

El artículo 34 de la Ley 344 intentó sustraer a la Nación de la obligación de aportar un peso a la subcuenta de solidaridad del fondo de solidaridad y garantía por cada peso aportado por el régimen contributivo, afortunadamente el fallo de la Corte Constitucional del 6 de septiembre de 2000 mediante la sentencia C-1165 declaró inexecutable este artículo, sin embargo para la vigencia de 1997 con fundamento en este artículo el Ministerio de Hacienda no giró aportes al Fosyga lo que significa 234.000 millones que dejó de recibir el régimen subsidiado.

CONSIDERACIONES CONSTITUCIONALES Y LEGALES SOBRE EL PROYECTO DE LEY 129 DE 2000

El proyecto adolece de vicios de constitucionalidad, tal como se evidencia en el artículo sexto al afectar los niveles del situado fiscal, reservados por el artículo 288 de la constitución política a la ley orgánica de ordenamiento territorial y por el artículo 356 de la norma superior a la iniciativa del gobierno, además en el artículo 142 numeral 16 de la Ley 5ª de 1992 se reafirma como iniciativa privativa del gobierno la determinación del nivel del situado fiscal. Al parecer el autor del proyecto se inspiró en el inciso final del artículo 357 de la Constitución que señala "cada cinco (5) años, la ley a iniciativa del Congreso, podrá revisar estos porcentajes de distribución" es claro que se refiere a la distribución y no a la participación como erróneamente lo interpreta el autor del proyecto de Ley 129 de 2000.

El vacío legal, producto de la ausencia de reglamentación de recursos y competencias impide que se pueda establecer como era el propósito del autor los recursos de oferta y demanda de manera que en el artículo tercero se suprime el aparte correspondiente.

El artículo diez, del proyecto viola el artículo 148 de la Ley 5ª de 1992 que ordena a los Presidentes de las Comisiones Constitucionales Permanentes rechazar las disposiciones o modificaciones que no se relacionen con la misma materia, se entiende objeto del proyecto.

El artículo once del proyecto que venimos analizando traslada a un ente de carácter privado funciones expresamente asignadas por la Constitución en el artículo 67 al Estado y precisadas por el artículo 189 numeral 21 de la carta en cabeza del Presidente de la República.

El resto del articulado observa las normas constitucionales y legales vigentes, en consideración a lo anterior presentaremos las modificaciones tendientes a garantizar y preservar la legalidad y constitucionalidad del proyecto.

Consideramos pertinente dejar establecido que una vez recibimos el encargo de redactar el informe de ponencia sobre el Proyecto de ley 129 de 2000, consideramos de vital importancia auscultar la opinión, argumentos, valoraciones y opiniones de los profesionales de la salud; las asociaciones científicas; las facultades de medicina; las directivas de los más importantes centros hospitalarios de nuestro país; los estudiantes de las facultades del área de la salud; en diversas ciudades y regiones.

En cumplimiento de este enriquecedor ejercicio participativo, participamos en reuniones, conferencias, foros, conversatorios, en Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Santa Marta, Bogotá y otras ciudades, lo que nos permitió escuchar múltiples voces, las adiciones que proponemos a continuación representan un esfuerzo por recoger los puntos de convergencia del amplio espectro político, social, profesional y científico consultado.

En los anteriores términos le doy cumplimiento al honroso encargo de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional con la siguiente:

Proposición

Dése Segundo Debate al Proyecto de ley 129 de 2000, "por la cual se introduce algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993".

De los honorables Miembros de la Comisión,

Los Senadores,

Dieb Maloof Cusé y Honorio Galvis.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO

Bogotá, D. C., a primer (1º) día del mes de noviembre de dos mil uno (2001). En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso de la República*.

El Presidente,

Luis Eduardo Vives Lacouture.

El Secretario,

Eduardo Rujana Quintero.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY 129 DE 2000

Dada la importancia y complejidad del proyecto he considerado pertinente presentar por separado las modificaciones propuestas al proyecto original que se presentan en este aparte y por separado en el aparte siguiente las adiciones que he considerado convenientes introducir a este proyecto con el propósito de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En consecuencia a continuación presentaremos las modificaciones puntuales a la iniciativa, en su mayoría justificadas por visos de ilegalidad e inconstitucionalidad a lo cual se suman los ajustes semánticos y por supuesto el indeseado impacto generado por el vacío legal, ocasionado por la carencia de normatividad en materia de recursos y competencias a raíz de la aprobación del Acto Legislativo 012.

En el artículo primero del proyecto se mejora la redacción introduciendo a continuación de la expresión "que permitan" la expresión "garantizar la estabilidad administrativa y financiera del sector salud" y para darle un sentido de permanencia y no simplemente coyuntural como aparece en el texto original. Proponemos la supresión de la expresión "y se crean las condiciones para el"; en su reemplazo proponemos la expresión "se ordena al Gobierno Nacional la creación". Lo anterior en razón de que el artículo once del proyecto tal y como lo planteamos al revisar la constitucionalidad y la legalidad del proyecto, presenta vicios de inconstitucionalidad que con la expresión propuesta subsanamos al ordenar al Gobierno Nacional la creación del Registro Unico Nacional y el Censo Médico Nacional preservando el sentido y el propósito de la iniciativa.

Proponemos la supresión en el artículo tercero de la definición de recursos de oferta y recursos de demanda, toda vez que solo una vez sea definida la normatividad en materia de recursos y competencias resulta posible su establecimiento.

Proponemos la supresión del artículo cuarto. En primer lugar por que al haber sido declarado inexecutable el artículo 34 de la Ley 344 de 1996, mediante la Sentencia C-1165 del 6 de septiembre de 2000, queda vigente el artículo 221 de la Ley 100 de 1993 el cual establece la financiación de la subcuenta de solidaridad del Fosyga. En segundo lugar por que al afectar el presupuesto Nacional sin contar con el aval del Gobierno se rayaría en visos de ilegalidad. En consecuencia el artículo quinto del proyecto, pasa a ser el artículo cuarto del texto definitivo propuesto.

En el artículo quinto del proyecto, (en el texto definitivo propuesto el artículo cuarto) proponemos insertar después de la expresión "1996 no cancelados" la expresión "por la Nación al Fosyga". En el mismo artículo después de la expresión "serán destinados al pago" insertaremos la expresión "de actividades realizadas en los años 1994, 1995, 1996". Se elimina la expresión "según los criterios de distribución que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud" por la frase "según un plan de racionalización y armonización de la red de servicios en cada territorio que defina para tal efecto el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud".

Proponemos la supresión del artículo sexto aunque consideramos válido preservar el párrafo de este artículo. Al revisar la constitucionalidad y legalidad del proyecto establecimos cómo la modificación del situado fiscal por mandato constitucional es de iniciativa privativa del Gobierno Nacional, mal podríamos sin arriesgar la constitucionalidad del proyecto mantener esta norma, sin embargo el párrafo hace referencia a la distribución y no a la participación en los ingresos corrientes por que consideramos válida su vigencia. En consecuencia el párrafo del artículo sexto del proyecto, pasa a ser el artículo quinto del texto definitivo propuesto.

El artículo séptimo del proyecto pasa a ser el artículo sexto del texto definitivo propuesto.

En el artículo octavo, párrafo segundo, consideramos conveniente precisar agregando a "ciudades capitales" la expresión "de Departamento".

En el párrafo cuarto del mismo artículo proponemos modificar la expresión “segundo período de contratación correspondiente al año 2000 por la afirmación “período de contratación siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley”. El artículo octavo del proyecto pasa a ser el artículo séptimo del texto definitivo propuesto.

El artículo noveno del proyecto, pasa a ser el artículo octavo del texto definitivo propuesto.

Proponemos la supresión del artículo décimo del proyecto toda vez que viola el artículo 148 de la Ley 5ª de 1992 como se demostró en el análisis de constitucionalidad y legalidad del proyecto. Adicionalmente en consideración a que el Gobierno Nacional ha expedido el Decreto 917 del 22 de mayo de 2001, en virtud del cual se reglamentan los estándares de calidad en los programas académicos de pregrado en las Ciencias de la Salud, lo cual contribuye al logro del propósito del artículo que proponemos suprimir.

Proponemos la modificación del artículo once del proyecto, eliminando el primer párrafo:

“La Asociación Médica Colombiana (AMC) es la institución médica autorizada para realizar la Inscripción y el Registro Unico Nacional, de quien ejerce la profesión médica en Colombia y, por ende, la elaboración y actualización permanente del Censo Médico Nacional”.

En cuyo lugar proponemos el siguiente texto:

El Gobierno Nacional creará el Registro Unico Nacional y el Censo Médico Nacional de quienes ejercen la profesión médica en Colombia, así como la actualización permanente del mismo propósito para el cual podrá convocar el concurso y colaboración de la Asociación Médica Colombiana.

En el párrafo del mismo artículo once proponemos las siguientes modificaciones: eliminar la expresión “será” insertar en su lugar la expresión “podrá a solicitud del Gobierno Nacional ser” y eliminar la expresión “y acreditación. En consecuencia el artículo once del proyecto pasa a ser el artículo noveno del texto definitivo propuesto.

El artículo décimo del texto definitivo propuesto es un artículo nuevo en virtud del cual se modifica el literal g) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993.

El artículo once del texto definitivo propuesto es un artículo nuevo, con el cual se modifica el numeral 4 del artículo 159 de la Ley 100 de 1993.

El artículo doce del texto definitivo propuesto es un artículo nuevo con el cual se modifica el numeral 4 del artículo 178 de la Ley 100 de 1993.

El artículo trece del texto definitivo propuesto, es un artículo nuevo que modifica el artículo 179 de la Ley 100 de 1993.

El artículo catorce del texto definitivo propuesto, es un artículo nuevo que modifica el inciso tercero del artículo 187 de la Ley 100 de 1993.

El artículo quince del texto definitivo propuesto, es un artículo nuevo que modifica el párrafo 4 del artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

En relación con el artículo doce, sobre la vigencia proponemos limitarlo a “la presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias”.

ADICIONES AL PROYECTO DE LEY 129 DE 2000

Las adiciones que proponemos pretenden depurar la legislación eliminando las repeticiones; contribuyendo a superar el vacío de algunas definiciones; la precisión de los alcances de algunas de las normas.

Sin embargo es conveniente dejar establecido que el grueso de las adiciones apuntan al propósito de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fortaleciendo aspectos como la protección integral a la población; la creación de la cuenta única de recaudo nacional; la libre elección de la IPS por los usuarios; la dignificación de los profesionales de la salud a través de la libre elección se fortalecen los instrumentos de control a la evasión y la elusión; la creación de una subcuenta de “aseguramiento de enfermedades de alto costo encargada de asegurar y reasegurar el valor de los tratamientos de dichas enfermedades”.

El numeral 3 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

3. Protección integral. El sistema general de Seguridad Social brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.

En todo caso los colombianos tendrán derecho como mínimo a los servicios de urgencias, prevención y promoción, maternidad, parto, posparto, atención a los niños menores de un año y atención de enfermedades catastróficas con tratamiento de alto costo, en los términos que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Del artículo 156 se modificaran los siguientes literales:

d) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social -Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- a través de la cuenta única de recaudo nacional:

g) los afiliados al sistema elegirán libremente la entidad promotora de salud, dentro de las condiciones de la presente ley. Así mismo escogerán las instituciones Prestadoras de servicios y/o los profesionales debidamente acreditados, además de los que tengan vinculación laboral a ellas. Para garantizar el principio de libre escogencia a los afiliados, estos podrán escoger a cualquier profesional de la salud o instituciones prestadoras de servicios debidamente acreditadas e inscritas en el registro de prestadores. Entiéndase por registro de Prestadores todos aquellos listados de profesionales e instituciones Prestadores de servicios que hayan solicitado su inclusión en la Red de servicios en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional. La institución prestadora de servicios o el profesional de la salud quedará inscrito en la red de Prestadores de Servicios una vez presente la solicitud de inscripción ante las EPS o IPS;

l) Existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de esta ley, garantizar la compensación, entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito, recaudar las cotizaciones del Régimen Contributivo, asegurar y reasegurar el valor de los tratamientos de las enfermedades de alto costo y demás funciones complementarias señaladas en esta ley;

m) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a que hace referencia los artículos 171 y 172 de esta ley, es el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

n) Los Distritos y municipios con cargo a los Fondos Distritales y locales de salud financiarán la afiliación al Régimen Subsidiado de acuerdo con los términos previstos en la presente ley;

o) Las entidades territoriales podrán celebrar convenios con las entidades promotoras de salud para la administración de la prestación de los servicios o actuar como administradoras del Régimen Subsidiado en los términos de que trata la presente ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones, o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente ley;

p) La Nación, los departamentos y distritos, mediante contratos con instituciones hospitalarias públicas o privadas garantizarán el acceso a la prestación de los servicios de salud a la población postulante o pobre no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando se logre la cobertura universal de aseguramiento.

El artículo 157 quedará así:

Artículo 157. Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen Contributivo o Subsidiado y otros lo harán en forma temporal como postulantes o participantes pobres no afiliados.

A) Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del Título III de la presente ley.

2. Los afiliados al Sistema mediante el Régimen Subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema

General de Seguridad Social en Salud, la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los discapacitados, las comunidades indígenas y en general las personas sin capacidad de pago;

B) Personas postulantes o pobres no afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Las personas postulantes o pobres no afiliadas son aquellas personas que por motivo de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

El sistema afiliará progresivamente a toda la población a través de los regímenes Contributivo o Subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio Nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que trata el artículo 162.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la Universalidad de la afiliación.

Parágrafo 2°. La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

Parágrafo 3°. Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación y podrán cobrar una cuota de afiliación.

Parágrafo 4°. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

Parágrafo 5°. Queda prohibida toda afiliación de los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, quienes para tales efectos deberán acceder a los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las condiciones previstas en el presente artículo.

Parágrafo 6°. Las personas que teniendo capacidad de pago incurran en evasión o elusión o en cualquier otra conducta irregular respecto a sus obligaciones de afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán objeto de las sanciones previstas en el régimen de fiscalización que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 7°. Las personas con capacidad de pago que se encuentren afiliadas al régimen subsidiado serán objeto de las sanciones previstas en la presente ley. Igualmente, será objeto de las sanciones disciplinarias, administrativas y penales a que haya lugar el Alcalde municipal o distrital o funcionario público que permita, propicie o consienta la afiliación de dichas personas.

El numeral 4 del artículo 159, quedará así: 4. Las instituciones prestadoras de servicios y los profesionales de la salud serán escogidos de la red de servicios de las EPS conforme con lo dispuesto en el literal g) del artículo 156 de la presente ley.

Al artículo 160 se le adiciona el siguiente parágrafo:

Parágrafo. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incumplan los deberes establecidos en este artículo, se harán acreedores a las sanciones a que haya lugar, de conformidad con el régimen de fiscalización que para el objeto se expida.

El artículo 161 quedará así:

Artículo 161. Deberes de los empleadores. Como integrantes del Sistema General de seguridad Social en Salud, los empleadores cualquiera sea la entidad, institución o modalidad de contrato en nombre de la cual vinculen a los trabajadores deberán:

El numeral 1 queda igual. El numeral 2, los literales a) y b) quedan igual, al literal c) del numeral 2 quedará así:

c) Girar oportunamente los aportes y las cotizaciones a la Subcuenta Unica de Recaudo Nacional del Fosyga, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno.

El numeral 3 queda igual. El numeral 4 queda igual.

Se adiciona el numeral 5. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios, se deberá exigir como requisito para la suscripción del respectivo contrato la constancia de la afiliación al Régimen Contributivo. Así mismo deberá exigir para autorizar los pagos a que haya lugar en virtud del contrato, copia del formulario de cotización para verificar el monto de la misma frente al valor del contrato.

El parágrafo de este artículo, pasa a ser el parágrafo 1°.

Se adiciona un parágrafo el 2°. Cumplido el plazo de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, ningún empleador podrá poseionar o mantener empleados que se encuentren en el Régimen subsidiado, dado que es su obligación garantizar su traslado al régimen contributivo.

El parágrafo 4° del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Parágrafo 4°. Créase una subcuenta en el Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, la cual se denominará "De Aseguramiento de Enfermedades de Alto Costo" que se encargará de asegurar y reasegurar el valor de los tratamientos de dichas enfermedades a todos los habitantes de Colombia.

El artículo 164 de la Ley 100 de 1993, quedará así: Preexistencias. En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al Sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica.

En el Régimen Subsidiado, no se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.

Cuando se trate de Afiliados al Régimen Subsidiado que ingresan al Régimen Contributivo, el término de permanencia en el Régimen Subsidiado se asimilará al período de carencia establecido en el Régimen Contributivo para la atención de las enfermedades de que trata este artículo.

Parágrafo 1°. La determinación del tiempo durante el cual se preste el servicio de salud a los afiliados en mora es responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud, pero si el pago se realiza durante los seis (6) meses siguientes a la mora, el afiliado no podrá tener períodos de carencia.

Parágrafo 2°. Cuando se encuentre que alguna Entidad Promotora de Salud aplique preexistencias a algún afiliado, la Superintendencia de Salud podrá aplicar multas hasta por dos veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. Este recaudo se destinará al Fondo de Solidaridad y Garantía. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa.

El título del artículo 167 de la Ley 100 de 1993, quedará así: Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

El parágrafo 2° quedará así: Parágrafo 2°. Los demás eventos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

El parágrafo 4°, quedará así: Parágrafo 4°. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los eventos catastróficos artículo -El artículo 169 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Planes Complementados Adicionales. Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios adicionales al Plan Obligatorio de Salud, los cuales se definen como el conjunto de beneficios opcionales y voluntarios que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares como un servicio privado de interés público, cuya prestación no es responsabilidad del Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

Los contratos de planes complementarios adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y

deberá constatar su vigencia en cada utilización de los servicios complementarios.

Las compañías de seguro podrán ofrecer pólizas en salud exclusivamente a los afiliados al Régimen Contributivo. Para lo cual, dejarán constancia de la afiliación y vigencia de la misma, tanto para la expedición de la póliza como la atención de los reclamos.

Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

Parágrafo 1°. Cuando una entidad autorizada para ofrecer planes complementados adicionales u otorgar pólizas en salud, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista al Régimen Contributivo, será causal para suspender o cancelar la autorización de su operación en Colombia.

Parágrafo 2°. El valor de los planes complementarios adicionales y las primas de seguro en salud, estarán sujetos a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

El artículo 177 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son responsables de garantizar la afiliación única de la población al Sistema y su función básica será, organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, para lo cual administrarán las respectivas Unidades de Pago por Capitación que para el efecto les gire el Fosyga.

El numeral 4 del artículo 178 quedará así: Garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

Los numerales del artículo 178 de la Ley 100 de 1993, quedarán así:

1. Promover la afiliación de la población no cubierta por la Seguridad Social.

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

3. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

4. Remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia; las novedades que la afecten y las relacionadas con la prestación de servicios de salud. Garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

6. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El artículo 179 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. En ningún caso, las modalidades de contratación que se adopten entre las Entidades Promotoras de Salud, los profesionales de la salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud pueden significar el traslado de los costos administrativos en desmedro de los recursos exclusivos para la prestación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Gobierno Nacional, de acuerdo con las normas sobre acreditación, reglamentará el número mínimo de profesionales por especialidad y afiliado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por niveles de complejidad, con que deban contar las Entidades Promotoras de Salud, atendiendo el número de afiliados y el grupo étnico al que pertenecen.

Parágrafo. Las entidades promotoras de salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones o por asentamientos geográficos de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

El numeral 3 del artículo 180 de la Ley 100 quedará así:

3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la promoción, gestión, coordinación y control de los servicios de salud de las instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda a los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la ley.

Artículo. El artículo 181 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Los literales f) y h) y el parágrafo 3° son suprimidos. El parágrafo 1°, quedará así:

Parágrafo 1°. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa que garantice un servicio más eficiente, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en el artículo 185 de esta ley.

Artículo 182. De los ingresos de las Entidades Promotoras de Salud. Se suprime la expresión: "Las cotizaciones que recauden las entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud" y se elimina el Parágrafo 1°.

El artículo 185 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son establecimientos públicos, privados o mixtos dedicados a la prestación de servicios de salud, tales establecimientos deberán contar con recursos humanos, físicos, tecnológicos, materiales y financieros, organizados para la realización de actividades, procedimientos e intervenciones, relacionados con la Promoción de la salud y/o la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.

Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Parágrafo 1°. Todos los prestadores de servicios de salud cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán acreditar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa, para la prestación del servicio a su cargo.

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que sean de propiedad de una Entidad Promotora de Servicios de Salud además de su autonomía técnica, financiera y administrativa, de acuerdo con lo establecido en el artículo 181 de la Ley 100 de 1993, deberán llevar estados financieros de manera independiente de la respectiva Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 3°. La construcción de nuevos establecimientos destinados a la prestación de servicios de salud y a la ampliación o creación de nuevos servicios en los ya existentes siempre que implique un aumento en la oferta de los mencionados servicios en la zona o área de influencia, requerirá autorización previa del Ministerio de Salud. Dicha autorización deberá ser solicitada por las direcciones departamentales o distritales de salud debidamente sustentada en un estudio de viabilidad técnica y financiera de los nuevos servicios cuya autorización se demanda en los términos de la reglamentación que expida el Ministerio de Salud.

Parágrafo 4°. Las Instituciones Prestadoras de servicios de salud que sean de propiedad de una entidad promotora de servicios de salud además de su autonomía técnica, financiera y administrativa de acuerdo con lo establecido en el artículo 181 de la Ley 100 de 1993, deberá llevar estados financieros de manera independiente de la respectiva Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 5°. *A partir de la promulgación de la presente ley, las Entidades promotoras de salud, no podrán crear o vincularse a Instituciones Prestadoras de Salud, sin detrimento de las ya existentes.*

Parágrafo 6°. *Toda institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de esta ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de la vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las Entidades territoriales según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.*

Artículo nuevo. *De los Principios rectores en la prestación de los servicios de salud.*

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones prestadoras de servicios de salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto, impedir, restringir, o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud o trasladar como costo de salud, los gastos de las empresas promotoras de salud que no correspondan a la prestación directa de servicios de salud.

31/10/2001 El artículo 186 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Del Registro Especial y Declaración de Cumplimiento de Requisitos Esenciales de Prestadores de Servicios de Salud. *Todos los prestadores de salud, deberán estar inscritos en el Registro Especial y Declaración de Cumplimiento de Requisitos Esenciales, sin perjuicio de las sanciones establecidas por la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.*

Del artículo 187 se modifica el inciso tercero el cual quedará así:

Los recaudos por estos conceptos se distribuirán de la siguiente manera: el 40% serán entregados al prestador de manera inmediata como parte de pago del servicio; el 10 % será propiedad de la EPS para cubrir los gastos administrativos que conlleva el recaudo y el 50% restante será remitido al Fondo de Solidaridad y Garantía por parte de la EPS, siendo su destino final la promoción o la prevención y/o el incremento de la cobertura del régimen subsidiado del ente territorial donde se genere el recaudo. El Consejo Nacional de Seguridad Social establecerá la prioridad de la inversión anualmente.

El artículo 196 y el 197 son eliminados.

El artículo 205 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Administración del Régimen Contributivo. *El recaudo de las cotizaciones del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hará mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía. Para tal fin el Gobierno Nacional reglamentará la operación y mecanismos del Sistema Único de Recaudo Nacional de cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las condiciones en que el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá y pagará a las EPS los recursos de la Unidad de Pago por Capitación.*

Parágrafo 1°. *El Fondo de Solidaridad y Garantía está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso de que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.*

Parágrafo 2°. *El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo reconocerá y pagará el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta disposición.*

Parágrafo 3°. *El Fondo de Solidaridad y Garantía al hacer el recaudo, informará a las Empresas Promotoras de Salud sobre los afiliados que no pagaron la respectiva cotización. Sobre estos cotizantes y sus beneficiarios, el Fosyga no reconocerá la Unidad de Pago por Capitación a las Empresas Promotoras de Salud.*

Parágrafo 4°. *El punto de la cotización que trate el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, deberá girarse directamente a la subcuenta de solidaridad del Fosyga el mismo día en que se presente la compensación, independientemente de la identificación de los afiliados.*

Artículo - *El artículo 213 de la Ley 100 de 1993 quedará así:*

Beneficiarios del Régimen. *Serán beneficiarios del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente ley.*

El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un sistema de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.

La Dirección de Salud correspondiente calificará la condición de beneficiado del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Parágrafo 1°. *Aquellas personas que se consideren beneficiarias del subsidio en salud y no hayan sido reconocidas como tal podrán solicitar la revisión de su situación.*

Parágrafo 2°. *Las Personerías Municipales conjuntamente con las veedurías comunitarias verificarán la correcta aplicación de los criterios de priorización establecidos.*

Artículo - *El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, quedará así:*

Recursos del Régimen. *El Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:*

a) *Los recursos del sistema general de participaciones que se destinen para financiar el subsidio a la demanda;*

b) *Los recursos provenientes de ETESA;*

c) *Los recursos propios que los departamentos municipios y distritos destinen al Régimen Subsidiado en salud;*

d) *Los recursos que en cada vigencia se transformen de subsidio de oferta a subsidio a la demanda teniendo como base los vigentes en el año 2001;*

e) *Los recursos para subsidios a la demanda del Fondo de Solidaridad y Garantía.*

Parágrafo 1°. *Los recursos que, conforme a este artículo, destinen las direcciones seccionales, distritales y locales de salud al régimen de subsidios en salud, se manejarán como una cuenta especial aparte del resto de recursos dentro del respectivo fondo seccional, distrital y local de salud.*

El artículo 215 quedará así.

Artículo 215. Aseguramiento del Régimen Subsidiado. *Las direcciones locales y distritales de salud suscribirán contratos de aseguramiento del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.*

Las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado garantizarán los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo. *El Gobierno Nacional establecerá los requisitos que deberán cumplir las Entidades Promotoras de Salud para operar los subsidios.*

El artículo 216 quedará así:

Artículo 216. Reglas Básicas para la Operación del Régimen de Subsidios en Salud.

1. *Las Direcciones locales o distritales de Salud contratarán el aseguramiento con Empresas Promotoras de Salud y Empresas Solidarias autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud.*

2. *La contratación entre las direcciones locales o distritales se realizará mediante concurso y se regirá por el régimen privado, pudiendo*

contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público. El CNSSS reglamentará la materia, especialmente lo relativo a la selección de las Empresas Promotoras de Salud.

3. Un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado participará como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que hace sus veces, en la sesión que defina la Entidad Promotora de Salud con quien la dirección local o distrital de salud hará el contrato. El Gobierno Nacional reglamentará la materia especialmente lo relativo a los procedimientos de selección de los representantes de los beneficiarios.

4. Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación del servicio mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora.

5. Los beneficiarios del sistema subsidiado contribuirán a la financiación parcial de la organización y prestación de servicios de salud, según su condición socioeconómica, conforme a la reglamentación que expida el Consejo de Seguridad Social en Salud.

6. Las Entidades Promotoras de Salud que afilien beneficiarios del régimen subsidiado recibirán de los fondos locales o distritales de salud, de la cuenta especial de que trata el parágrafo del artículo 214, por cada uno de los afiliados hasta el valor de la unidad de pago por capitación correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 213 de la presente ley. Durante el periodo de transición el valor de la unidad de pago por capitación será aquel correspondiente al plan de salud obligatorio de que trata el parágrafo 2° de artículo 162 de la presente ley.

Parágrafo 1°. Cuando no haya competencia en el municipio, éste deberá actuar como Administradora del Régimen Subsidiado, garantizando el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, según la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Se entenderá que no existe competencia cuando en el municipio al momento de la expedición de esta ley opere una sola entidad aseguradora.

Parágrafo 2°. Los recursos públicos recibidos por las Entidades Promotoras de Salud se entenderán destinados al aseguramiento de la población afiliada en los términos previstos en la ley.

Parágrafo 3°. El 50% de los recursos del subsidio para ampliación de cobertura se distribuirá cada año entre los beneficiarios del sector rural y las comunidades indígenas, hasta lograr su cobertura total.

Artículo -El artículo 217 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

De la participación de las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 10% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen subsidiado de salud, salvo en aquellas cajas que obtengan un cociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales destinarán un 15%. La aplicación de este cociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 49 de 1990.

Las Cajas de Compensación Familiar que administren directamente los recursos del Régimen Subsidiado, deberán cumplir con los requisitos del artículo 180 de la Ley 100 de 1993. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo 1°. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo 2°. 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 y el aporte a la Superintendencia del Subsidio Familiar y la contribución a que hace referencia el presente artículo.

El artículo 219 de la Ley 100 de 1993, quedará así. Estructura del Fondo. El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- a) De compensación interna del régimen contributivo;
- b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud;
- c) De promoción de la salud;

d) Del seguro de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, según el artículo 167 de esta ley;

e) De aseguramiento de enfermedades de alto costo;

f) De recaudo único nacional.

El artículo 221 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Financiación de la Subcuenta de Solidaridad. Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía contará con los siguientes recursos:

a) Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, según lo dispuesto en el artículo 203. Esta cotización será girada por cada Entidad Promotora de Salud directamente a la subcuenta de solidaridad del Fondo;

b) El monto que las Cajas de Compensación Familiar, de conformidad con el artículo 217 de la presente Ley, destinen a los subsidios de salud;

c) Un aporte del Gobierno Nacional que en cada vigencia será como mínimo igual a medio punto de la suma de la cotización del Régimen Contributivo y del monto que las Cajas de Compensación Familiar están obligadas a destinar al régimen subsidiado de salud, calculado sobre la proyección al cierre de la vigencia fiscal inmediatamente anterior a la de vigencia del presupuesto aprobado por el Congreso, incrementado en el IPC esperado.

e) Los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el Conpes;

f) Los recursos del IVA social destinados a los planes de ampliación de la cobertura de seguridad social a las madres comunitarias del ICBF de que trata la Ley 6a. de 1992.

Parágrafo 1°. Los recursos de solidaridad se destinarán a cofinanciar los subsidios para los colombianos más pobres y vulnerables, los cuales se transferirán, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto adopte el Gobierno Nacional, a la cuenta especial que deberá establecerse en los fondos seccionales, distritales y locales para el manejo de los subsidios en salud.

- El artículo 223 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Financiación de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. El cubrimiento de los eventos catastróficos definidos en el artículo 167 de la presente ley se financiará de la siguiente forma:

a) Los recursos del Fonsat, creado por el Decreto-ley 1032 de 1991, de conformidad con la presente ley;

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

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

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

Artículo nuevo. Financiación de la subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo. Entiéndase por enfermedades de alto costo aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento.

Esta subcuenta se financiará con los siguientes recursos:

1. El porcentaje de la UPC del régimen contributivo determinado anualmente por el CNSSS que se descontará por el Fosyga de la respectiva subcuenta en cada uno de los procesos de compensación que se adelanten con las EPS.

2. El porcentaje de la UPC del régimen subsidiado determinado anualmente por el CNSSS, el cual se deducirá de cada uno de los giros que se efectúen a los fondos Departamentales, distritales y municipales.

3. A partir del año 2003 las entidades territoriales destinarán el equivalente a un salario diario mensual legal vigente por cada uno de los no afiliados, el cual será descontado por el Gobierno Nacional de los recursos de oferta.

4. Los rendimientos financieros de la subcuenta de compensación provenientes del recaudo Nacional de los aportes de los afiliados del régimen contributivo.

Artículo nuevo. Período de Transición. Mientras se organiza por parte del CNSSS el funcionamiento de la subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo, el Ministerio de salud presentará antes del 1° de enero de 2002 los estudios correspondientes para definir las coberturas de aseguramiento de las enfermedades de alto costo y los mecanismos de contratación para éstas con los prestadores de servicios de salud.

Artículo nuevo. Financiación de la subcuenta de recaudo único nacional. La cuenta única de recaudo nacional se financiará con las cotizaciones del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

El artículo 226 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Información para la vigilancia del recaudo. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá hacerse en forma independiente a la afiliación al régimen general de pensiones.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades rectoras del régimen general de pensiones, la información que permita determinar la evasión y elusión de los aportes por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, podrá solicitar información a la Administración de Impuestos Nacionales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina, orientada a los mismos efectos. En todo caso, esa información observará la reserva propia de la de carácter tributario.

Artículo -El artículo 227 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios, el mayor beneficio a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible que propenda por el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Artículo nuevo. De los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad. Son componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad:

- a) El cumplimiento de los requisitos esenciales;
- b) Auditoría de servicios en salud;
- c) Sistema de información;
- d) Incentivos;
- e) Acreditación.

Parágrafo. Las condiciones de operación de estos componentes, se efectuará de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el gobierno Nacional.

El artículo 287 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Actividades propias de los intermediarios en las Entidades de Seguridad Social. Las entidades de seguridad social, las entidades promotoras de salud y las sociedades administradoras de fondos de cesantía y/o pensiones, podrán realizar las actividades de promoción y ventas, la administración de la relación con sus afiliados, pago y transferencia de los recursos por intermedio de instituciones financieras, intermediarios de seguros u otras entidades, con el fin de ejecutar las actividades propias de los servicios que ofrezcan.

El Gobierno reglamentará la actividad de estos intermediarios, regulando su organización, actividades, responsabilidades, vigencia y sanciones a que estarán sujetos.

Los Senadores,

Dieb Maloof Cuse y Honorio Galvis.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO

Bogotá, D. C., a los primeros (1°) días del mes de noviembre de dos mil uno (2001). En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

El Presidente,

Luis Eduardo Vives Lacouture.

El Secretario,

Eduardo Rujana Quintero.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY NUMERO 129 DE 2000

por medio de la cual se introducen algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Del objeto y campo de aplicación.* Corresponde al Estado, en forma directa, o a través de las entidades territoriales o de terceros, garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de todas las personas. En consecuencia, se definen medidas que permitan garantizar la estabilidad administrativa y financiera del sector salud y la superación de la crisis hospitalaria nacional y que garanticen el flujo permanente y equitativo de recursos en el régimen subsidiado. Se facilita la relación médico-paciente se ordena al gobierno nacional la creación del registro único Nacional y el Censo Médico Nacional de quienes ejercen la medicina en Colombia. Aplica a todos los habitantes del Territorio Nacional y a todas las entidades que participen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Salud Pública y PAB. El Plan de Atención Básica de que trata el artículo 49 de la Constitución Nacional, la Salud Pública, los planes de vacunación masiva, el saneamiento ambiental, la atención de enfermedades como el cólera, la lepra, la tuberculosis, el paludismo, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, en general las enfermedades emergentes y reemergentes, serán responsabilidad directa del Ministerio de Salud y de las Secretarías de Salud territoriales.

Para su financiación contarán con recursos propios del Ministerio de Salud destinados para tal fin y los de la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fosyga. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá las actividades obligatorias de promoción y prevención que deben ser realizadas dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), dirigidas a los afiliados como individuos, incluidas dentro del valor de la Unidad de pago por capacitación (UPC).

Parágrafo 1°. Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y todas aquellas establecidas en el Plan de Atención Básica (PAB), podrán ser contratadas con la red privada de prestadores, previo concepto favorable del Consejo Territorial de Salud respectivo. En todo caso, se garantizará como mínimo el 50% de la contratación a través de la red pública. El Ministerio de Salud definirá las condiciones mínimas de contratación tanto en la red pública como en la red privada.

Artículo 2°. *Financiación de las Instituciones prestadoras de servicios de salud pública del primer nivel de atención.* A partir de la vigencia de la presente ley los hospitales, puestos y centros de salud que formen parte de la red pública de servicios, localizados en municipios categoría 5 y 6, todos aquellos que se dediquen exclusivamente a la atención del primer nivel de complejidad o, a las acciones del Plan de Atención Básica, según concepto de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, recibirán sus asignaciones correspondientes a sus presupuestos de gastos por el sistema de subsidios de oferta con los recursos de los fondos locales, departamentales o distritales de salud, según el caso y, con los recursos de que trata el artículo 1° de esta ley. Para el efecto se establecerán planes de desempeño con la respectiva Dirección de salud que faciliten el control de gestión.

Los ingresos por venta de servicios que realicen estas instituciones por atención de pacientes del régimen contributivo o del subsidiado o por cualquier otro concepto, formarán parte de su presupuesto. Cada presupuesto establecerá metas en este sentido, según reglamentación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3°. *Financiación de las Instituciones prestadoras de servicios de salud de I, II, y III nivel.* A partir de la vigencia de la presente ley los hospitales de I, II y III nivel que formen parte de la red pública de servicios, no contemplados en el artículo anterior, tendrán un sistema mixto de financiación de oferta y demanda.

Parágrafo. En lo sucesivo cualquier medida tendiente a disminuir el subsidio a la oferta deberá tomarse sobre la base de un riguroso análisis que tenga en cuenta la población vinculada, la tasa de desempleo, el cumplimiento de los compromisos del Estado con el Fosyga y el desarrollo desigual de las regiones, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4º. Recursos para solucionar la crisis hospitalaria nacional.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 221 de la Ley 100 de 1993 y al tenor de lo ordenado por la Corte Constitucional en la Sentencia número SU-480 de Septiembre 25 de 1997, los recursos no presupuestados durante las vigencias de 1994, 1995 y 1996, no cancelados por la nación al Fosyga hasta el momento de entrar en vigencia la presente ley, serán destinados al pago de actividades realizadas en los años 1994, 1995, 1996 por la prestación de servicios de salud a la población vinculada al sistema, no afiliada al régimen contributivo ni al subsidiado y, a las patologías no incluidas en POS del régimen subsidiado; según en plan de racionalización y armonización de la red de servicios en cada territorio que defina para tal efecto el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, se destinarán por este mecanismo, en cada vigencia, los excedentes de las Subcuenta de ECAT del Fosyga, para fortalecer la red nacional de urgencias y la red pública de servicios.

Artículo 5º. Del total del situado fiscal que corresponda a cada departamento, será obligatorio destinar el 70% para educación y el 30% para salud.

Artículo 6º. Contenido del POS subsidiado. Con base en estudios técnicos realizados por el Ministerio de Salud y con los nuevos recursos establecidos en la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establecerá las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad de la población afiliada al régimen subsidiado y para ampliar progresivamente el contenido del POS subsidiado. Se incluirán actividades, intervenciones y procedimientos que correspondan al II y III nivel de complejidad, de tal forma que se dé cumplimiento al propósito de un solo plan de beneficios en el sistema, antes del 1º de enero del año 2001. El Consejo reajustará proporcionalmente el valor de la Unidad de Pago por Capacitación respectiva.

Artículo 7º. De las Direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado.

A partir de la vigencia de la presente Ley los entes territoriales crearán una Dirección Territorial del Régimen Subsidiado que tendrá funciones de administradora de este régimen de su zona geográfica.

Las Direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado se encargarán de la afiliación de los beneficiados del Régimen Subsidiado, con base en los requisitos establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y garantizarán a sus afiliados el plan de beneficios establecidos en el POS subsidiado, mediante contratación directa con la red pública de servicios en un porcentaje no inferior al 60%.

Con base en la reglamentación que expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la cual tomará en cuenta el número de afiliados al régimen subsidiado en cada ente territorial y el desigual desarrollo de las regiones, las Direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado podrán disponer por costos de administración hasta del 12% del valor de las Unidades de pago por Capacitación Subsidiada que le correspondan.

Estas Direcciones Territoriales de Régimen Subsidiado tendrán independencia administrativa y financiera. El Director Regional del Régimen Subsidiado será nombrado por el Alcalde o Gobernador, según el caso, de terna presentada por el Consejo Territorial de Seguridad Social, o directamente, si no hubiere Consejo Territorial.

Las actuales ARS podrán seguir funcionando paralelamente a las direcciones territoriales de régimen subsidiado siempre y cuando se sometan:

- a) Presten servicio de buena calidad;
- b) Podrán disponer por costos de administración hasta el 12% del valor de las unidades de pago por capacitación subsidiada que le corresponda;
- c) Contratación directa con la red pública de servicios de un porcentaje no inferior al 60%.

Parágrafo 1º. Cuando no existan las condiciones adecuadas, según concepto obligado del Consejo Territorial de Seguridad Social o por el Consejo Nacional si no hubiere Consejo Territorial, las Direcciones Territoriales de Régimen Subsidiado en Salud podrán ser asumidas por una Caja de Compensación Familiar, seleccionada por dicho Consejo y, en cuyo caso, el valor de la administración no podrá superar el 10% de las UPC correspondientes.

Parágrafo 2º. A partir de la vigencia de la presente ley, en un plazo máximo de seis (6) meses, será obligatorio la constitución de los Consejos Territoriales Departamentales y los de todas las ciudades capitales de Departamento. El Consejo Nacional de Seguridad Social establecerá su reglamento y podrá delegar las funciones que considere en el ámbito de su departamento.

Parágrafo 3º. Previo concepto favorable del Consejo Nacional de Seguridad Social el Ministerio de Salud establecerá el traspaso de los afiliados actuales de las ARS, tomando en cuenta los períodos de contratación y, en todo caso, garantizando la continuidad de la atención de los usuarios.

Parágrafo 4º. La Superintendencia Nacional de Salud se encargará del proceso de liquidación de las actuales ARS (Que no se sometan a las condiciones establecidas en el presente artículo), tomando en cuenta los períodos de contratación y reconociendo el valor proporcional de las Unidades de Pago hasta el día del traslado a las direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado. El traslado de estos afiliados no podrá exceder del término del período de contratación siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley. El Ministerio de Salud reglamentará las medidas correspondientes.

Parágrafo 5º. La Superintendencia Nacional de Salud certificará el monto de los recursos financieros y sus rendimientos de los fondos de previsión de que trata el acuerdo número 81 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los cuales serán devueltos al Fosyga, subcuenta de solidaridad, en el momento de protocolizar la liquidación, para su redistribución por los Consejos Territoriales de Seguridad Social, donde existan, o por el Consejo Nacional donde no exista, respetando la distribución territorial de los recursos.

Artículo 8º. Sobre la relación profesional de la Salud - paciente. Las EPS, IPS públicas o privadas, las Secretarías Territoriales de Salud, las ARS y las nuevas Direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado y en general todos los actores del sistema respetarán la autonomía profesional de la salud en el ejercicio de su profesión.

Serán prácticas prohibidas constreñir el criterio del **profesional de la salud**, coartar la solicitud de exámenes necesarios para el diagnóstico oportuno, impedir la libre remisión de pacientes al especialista o a otras instituciones de igual o superior nivel cuando las circunstancias médicas lo ameriten, o limitar el ejercicio de la prescripción de medicamentos establecidos en el manual aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

En todo caso, el **profesional de la salud** dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. Para ello, dispondrá, como mínimo, en los servicios de consulta externa programada, de veinte (20) minutos por cada paciente, o más en casos especiales como la consulta de psiquiatría.

Artículo 9º. Inscripción y Registro Unico Nacional. El Gobierno Nacional creará el registro único Nacional de quienes ejercen las profesiones de la salud en Colombia, el cual se actualizará permanentemente, propósito para el cual podrá convocar el concurso y colaboración de la Asociación Médica Colombiana y la Confederación de Organizaciones de Profesionales de la Salud (COPSA).

En tal virtud, sin perjuicio de su propia estructura organizativa, la Asociación Médica Colombiana (AMC), establecerá los mecanismos para el cumplimiento de este propósito y de estas funciones, en concordancia con las disposiciones y requisitos legales vigentes para el ejercicio profesional de la medicina en el país.

Parágrafo. La Asociación Médica Colombiana (AMC), la Confederación de organizaciones de Profesionales de la Salud (COPSA), podrán a solicitud del gobierno nacional ser consultora y asesora del Gobierno Nacional en materia de la regulación, capacitación, formación, registro profesional del ejercicio de la profesión de la Salud en Colombia, así como en lo relacionado con la Salud y la Seguridad Social de los Colombianos, sin perjuicio de las funciones de asesoría y consulta que hoy cumplen la Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana o la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Artículo 10. El inciso tercero del artículo 187 de la Ley 100 de 1993 quedará así: Los recaudos por estos conceptos se distribuirán de la siguiente manera: el 40% serán entregados al prestador de manera inmediata como parte de pago del servicio; el 10% será propiedad de la EPS para cubrir los gastos administrativos que conlleva el recaudo y el 50% restante será remitido al Fondo de Solidaridad y Garantía por parte de la EPS, siendo su destino final la promoción o la prevención y/o el incremento de la cobertura del régimen subsidiado del ente territorial donde se genere el recaudo. El Consejo Nacional de Seguridad Social establecerá la prioridad de la inversión anualmente.

Artículo 11. El numeral 3 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

3. **Protección integral.** El sistema general de Seguridad Social brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.

En todo caso los colombianos tendrán derecho como mínimo a los servicios de urgencias, prevención y promoción, maternidad, pre-parto, posparto, atención a los niños menores de un año y atención de enfermedades catastróficas con tratamiento de alto costo, en los términos que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 12. Del artículo 156 se modificaran los siguientes literales:

d) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- a través de la cuenta única de recaudo nacional:

g) los afiliados al sistema elegirán libremente la entidad promotora de salud, dentro de las condiciones de la presente ley. Así mismo escogerán las instituciones Prestadoras de servicios y/o los profesionales debidamente acreditados, además de los que tengan vinculación laboral a ellas. Para garantizar el principio de libre escogencia a los afiliados, estos podrán escoger a cualquier profesional de la salud o instituciones prestadoras de servicios debidamente acreditadas e inscritas en el registro de prestadores. Entiéndase por registro de Prestadores todos aquellos listados de profesionales e instituciones Prestadoras de servicios que hayan solicitado su inclusión en la Red de servicios en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional. La institución prestadora de servicios o el profesional de la salud quedará inscrito en la red de Prestadores de Servicios una vez presente la solicitud de inscripción ante las EPS o IPS.

i) Existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá por objeto, de acuerdo con las disposiciones de esta ley, garantizar la compensación, entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito, recaudar las cotizaciones del Régimen Contributivo, asegurar y reasegurar el valor de los tratamientos de las enfermedades de alto costo y demás funciones complementadas señaladas en esta ley;

m) El consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a que hace referencia los artículos 171 y 172 de esta ley, es el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

n) Los Distritos y municipios con cargo a los fondos Distritales y locales de salud financiarán la afiliación al Régimen Subsidiado de acuerdo a los términos previstos en la presente ley;

o) Las entidades Territoriales podrán celebrar convenios con las entidades promotoras de salud para la administración de la prestación de los servicios o actuar como administradoras del Régimen Subsidiado en los términos de que trata la presente ley. Se financiarán con cargo a los recursos destinados al sector salud en cada entidad territorial, bien se trate de recursos cedidos, participaciones, o propios, o de los recursos previstos para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Corresponde a los particulares aportar en proporción a su capacidad socioeconómica en los términos y bajo las condiciones previstas en la presente ley.

p) La Nación, los Departamentos y Distritos, mediante contratos con instituciones hospitalarias públicas o privadas garantizarán el acceso a la prestación de los servicios de salud a la población postulante o pobre no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando se logre la cobertura universal de aseguramiento.

Artículo 13. El artículo 157 quedará así:

Artículo 157. Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A partir de la sanción de la presente ley, todo Colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen Contributivo o Subsidiado y otros lo harán en forma temporal como postulantes o participantes pobres no afiliados.

C. Afiliados al sistema de seguridad Social en Salud.

Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1. Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del Título III de la presente ley.

2. Los afiliados al Sistema mediante el Régimen Subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la población más pobre y vulnerable del País en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo las madres durante el embarazo, parto y post-parto y período de lactancia, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los discapacitados, las comunidades indígenas y en general las personas sin capacidad de pago.

D. Personas postulantes o pobres no afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Las personas postulantes o pobres no afiliadas son aquellas personas que por motivo de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiados del Régimen Subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

El sistema afiliara progresivamente a toda la población a través de los regímenes Contributivo o Subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio Nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que trata el artículo 162.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la Universalidad de la afiliación

Parágrafo 2°. La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamiento geográficos, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

Parágrafo 3°. Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación y podrán cobrar una cuota de afiliación.

Parágrafo 4°. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

Parágrafo 5°. Queda prohibida toda afiliación de los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, quienes para tales efectos deberán acceder a los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las condiciones previstas en el presente artículo.

Parágrafo 6°. Las personas que teniendo capacidad de pago incurran en evasión o elusión o en cualquier otra conducta irregular respecto a sus obligaciones de afiliación al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán objeto de las sanciones previstas en el régimen de fiscalización que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 7°. Las personas con capacidad de pago que se encuentren afiliadas al régimen subsidiado serán objeto de las sanciones previstas en la presente Ley. Igualmente, será objeto de las sanciones disciplinadas, administrativas y penales a que haya lugar el Alcalde Municipal o Distrital o funcionado público que permita, propicie o concienta la afiliación de dichas personas.

Artículo 14. El numeral 4 del artículo 159, quedará así:

4) Las instituciones prestadoras de servicios y los profesionales de la salud serán escogidos de la red de servicios de las EPS conforme a lo dispuesto en el literal g del artículo 156 de la presente ley.

Artículo 15. Al artículo 160 se le adiciona el siguiente parágrafo:

Parágrafo. Los afiliados y beneficiados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incumplan los deberes establecidos en este artículo, se harán acreedores a las sanciones a que haya lugar, de conformidad con el régimen de fiscalización que para el objeto se expida.

Artículo 16. El artículo 161 quedará así:

Artículo 161. Deberes de los empleadores. Como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los empleadores cualquiera que sea la entidad, institución o modalidad de contrato en nombre de la cual vinculen a los trabajadores deberán:

El numeral 1 queda igual. El numeral 2 los literales a y b quedan igual. El literal c del numeral 2° quedará así:

c) Girar oportunamente los aportes y las cotizaciones a la subcuenta única de Recaudo Nacional del Fosyga, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno.

El numeral 3 queda igual. El numeral 4 queda igual.

Se adiciona el numeral 5°. Cuando se trate de contratos de prestación de servicios, se deberá exigir como requisito para la suscripción del respectivo contrato la constancia de la afiliación al Régimen Contributivo. Asimismo deberá exigir para autorizar los pagos a que haya lugar en virtud del contrato, copia del formulario de cotización para verificar el monto de la misma frente al valor del contrato.

El párrafo de este artículo, pasa a ser el párrafo 1°.

Se adiciona un párrafo el 2°. Cumplido el plazo de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, ningún empleador podrá posesionar o mantener empleados que se encuentren en el Régimen subsidiado, dado que es su obligación garantizar su traslado al régimen contributivo.

Artículo 17. El párrafo 4° del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Parágrafo 4°. Créase una Subcuenta en el fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga, la cual se denominará "De Aseguramiento de Enfermedades de Alto Costo" que se encargará de asegurar y reasegurar el valor de los tratamientos de dichas enfermedades a todos los habitantes de Colombia.

Artículo 18. El artículo 164 de la Ley 100 de 1993, quedará así: Preexistencias. En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al Sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica.

En el Régimen Subsidiado, no se podrán establecer períodos de espera para la atención del parto y los menores de un año. En este caso, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atiendan tales intervenciones repetirán contra la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con el reglamento.

Cuando se trate de Afiliados al Régimen Subsidiado que ingresan al Régimen Contributivo, el término de permanencia en el Régimen Subsidiado se asimilará al período de carencia establecido en el Régimen Contributivo para la atención de las enfermedades de que trata este artículo.

Parágrafo 1°. La determinación del tiempo durante el cual se preste el servicio de salud a los afiliados en mora es responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud, pero si el pago se realiza durante los seis (6) meses siguientes a la mora, el afiliado no podrá tener períodos de carencia

Parágrafo 2°. Cuando se encuentre que alguna Entidad Promotora de Salud aplique preexistencias a algún afiliado, la Superintendencia de Salud podrá aplicar multas hasta por dos veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. Este recaudo se destinará al Fondo de Solidaridad y Garantía. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa.

Artículo 19. El título del artículo 167 de la Ley 100 de 1993, quedará así: Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

El párrafo 2° quedará así:

Parágrafo 2°. Los demás eventos aquí previstos serán atendidos con cargo a la subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

El párrafo 4°, quedará así:

Parágrafo 4°. El Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los eventos catastróficos.

Artículo 20. El artículo 169 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Planes Complementados Adicionales. Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementados adicionales al Plan Obligatorio de Salud, los cuales se definen como el conjunto de beneficios opcionales y voluntados que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente ley.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares como un servicio privado de interés público, cuya prestación no es responsabilidad del Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

Los contratos de planes complementados adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y deberá constatar su vigencia en cada utilización de los servicios complementados.

Las compañías de seguro podrán ofrecer pólizas en salud exclusivamente a los afiliados al Régimen Contributivo. Para lo cual, dejarán constancia de la afiliación y vigencia de la misma, tanto para la expedición de la póliza como la atención de los reclamos.

Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

Parágrafo 1°. Cuando una entidad autorizada para ofrecer planes complementados adicionales u otorgar pólizas en salud, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista al Régimen Contributivo, será causal para suspender o cancelar la autorización de su operación en Colombia.

Parágrafo 2°. El valor de los planes complementados adicionales y las primas de seguro en salud, estarán sujetos a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

Artículo 21. Artículo nuevo. Créase un órgano consultivo de alto nivel, de carácter técnico como escenario de discusión y decantación de las diversas propuestas, el cual formulará recomendaciones al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 22. El artículo 177 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son responsables de garantizar la afiliación única de la población al Sistema y su función básica será organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, para lo cual administrarán las respectivas Unidades de Pago por Capitación que para el efecto les gire el Fosyga.

Artículo 23. El numeral 4° del artículo 178 quedará así:

Garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

Artículo 24. Los numerales del artículo 178 de la Ley 100 de 1993, quedarán así:

7. Promover la afiliación de la población no cubierta por la Seguridad Social.

8. 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. Las Entidades Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.

9. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

10. Remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia; las novedades que la afecten y las relacionadas con la prestación de servicios de salud. Garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

11. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

12. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 25. El artículo 179 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. En ningún caso, las modalidades de contratación que se adopten entre las Entidades Promotoras de Salud, los profesionales de la salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud pueden significar el traslado de los costos administrativos en desmedro de los recursos exclusivos para la prestación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Gobierno Nacional, de acuerdo con las normas sobre acreditación, reglamentará el número mínimo de profesionales por especialidad y afiliado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por niveles de complejidad, con que deban contar las Entidades Promotoras de Salud, atendiendo el número de afiliados y el grupo etéreo al que pertenecen.

Parágrafo. Las entidades promotoras de salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones o por asentamientos geográficos de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 26. El numeral 3 del artículo 180 de la Ley 100 quedará así:

3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la promoción, gestión, coordinación y control de los servicios de salud de las instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda a los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la ley.

Artículo 27. El artículo 181 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Los literales f) y h) y el parágrafo 3° son suprimidos. El parágrafo 1° quedará así:

Parágrafo 1°. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa que garantice un servicio más eficiente, para lo cual deberá cumplir con lo establecido en el artículo 185 de esta ley.

Artículo 28. El artículo 182 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

Artículo 182. De los ingresos de las Entidades Promotoras de Salud. Se suprime la expresión: "Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud" y se elimina el parágrafo 1°.

Artículo 29. El artículo 185 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son establecimientos públicos, privados o mixtos dedicados a la prestación de servicios de salud, tales establecimientos deberán contar con recursos humanos, físicos, tecnológicos, materiales y financieros, organizados para la realización de actividades, procedimientos e intervenciones, relacionados con la promoción de la salud y/o la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.

Se considerarán como IPS las entidades que se constituyan como Asociación de IPS de naturaleza pública, mixta o privada.

Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Parágrafo 1°. Todos los prestadores de servicios de salud cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel de complejidad deberán acreditar ante el

Ministerio de Salud o ante quien este delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa, para la prestación del servicio *a su cargo*.

Parágrafo 2°. *Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que sean de propiedad de una Entidad Promotora de Servicios de Salud además de su autonomía técnica, financiera y administrativa, de acuerdo con lo establecido en el artículo 181 de la Ley 100 de 1993, deberán llevar estados financieros de manera independiente de la respectiva Entidad Promotora de Salud.*

Parágrafo 3°. *La construcción de nuevos establecimientos destinados a la prestación de servicios de salud y a la ampliación o creación de nuevos servicios en los ya existentes siempre que implique un aumento en la oferta de los mencionados servicios en la zona o área de influencia, requerirá autorización previa del Ministerio de Salud. Dicha autorización deberá ser solicitada por las direcciones departamentales o Distritales de salud debidamente sustentada en un estudio de viabilidad técnica y financiera de los nuevos servicios cuya autorización se demanda en los términos de la reglamentación que expida el Ministerio de Salud.*

Parágrafo 4°. *Las Instituciones Prestadoras servicios de salud que sean de propiedad de una entidad promotora de servicios de salud además de su autonomía técnica, financiera y administrativa de acuerdo con lo establecido en el artículo 181 de la Ley 100 de 1999, deberá llevar estados financieros de manera independiente de la respectiva Entidad Promotora de Salud.*

Parágrafo 5°. A partir de la promulgación de la presente ley, las Entidades promotoras de salud, no podrán crear o vincularse a Instituciones Prestadoras de Salud, sin detrimento de las ya existentes.

Parágrafo 6°. Toda institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de esta ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de la vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las Entidades territoriales según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

Artículo 30. Artículo Nuevo. *De los Principios rectores en la prestación de los servicios de salud.*

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones prestadoras de servicios de salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, en el interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto, impedir, restringir, o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud o trasladar como costo de salud, los gastos de las empresas promotoras de salud que no correspondan a la prestación directa de servicios de salud.

Artículo 31. El artículo 186 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Del Registro Especial y Declaración de Cumplimiento de Requisitos Esenciales de Prestadores de Servicios de Salud. Todos los prestadores de salud, deberán estar inscritos en el Registro Especial y Declaración de Cumplimiento de Requisitos Esenciales, sin perjuicio de las sanciones establecidas por la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional. Se entiende que para las IPS producto de la asociación de IPS la Declaración de Requisitos Mínimos será la de los asociados o de quien preste directamente el servicio al usuario, pero se requerirá el registro ante el Ministerio, de dicha IPS.

Artículo 32. Del artículo 187 se modifica el inciso tercero el cual quedará así:

Los recaudos por estos conceptos se distribuirán de la siguiente manera: el 40% serán entregados al prestador de manera inmediata como parte de pago del servicio; el 10 % será propiedad de la EPS para cubrir los gastos administrativos que conlleva el recaudo y el 50% restante será remitido al Fondo de Solidaridad y Garantía por parte de la EPS, siendo su destino final

la promoción o la prevención y/o el incremento de la cobertura del régimen subsidiado del ente territorial donde se genere el recaudo. El Consejo Nacional de Seguridad Social establecerá la prioridad de la inversión anualmente.

Artículo 33. Los artículos 196 y 197 se suprimen.

Artículo 34. *El artículo 205 de la Ley 100 de 1993, quedará así:*

Administración del Régimen Contributivo El recaudo de las cotizaciones del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hará mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía. Para tal fin el Gobierno Nacional reglamentará la operación y mecanismos del Sistema Único de Recaudo Nacional de cotizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las condiciones en que el Fondo de Solidaridad y Garantía reconocerá y pagará a las EPS los recursos de la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo 1°. El Fondo de Solidaridad y Garantía está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso de que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.

Parágrafo 2°. El Fondo de Solidaridad y Garantía sólo reconocerá y pagará el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

Parágrafo 3°. El Fondo de Solidaridad y Garantía al hacer el recaudo, informará a las Empresas Promotoras de Salud sobre los afiliados que no pagaron la respectiva cotización. Sobre estos cotizantes y sus beneficiarios, el Fosyga no reconocerá la Unidad de Pago por Capitación a las Empresas Promotoras de Salud.

Parágrafo 4°. El punto de la cotización que trata el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, deberá girarse directamente a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, el mismo día en que se presente la compensación, independientemente de la identificación de los afiliados.

Artículo 35. Artículo - El artículo 213 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Beneficiarios del Régimen. Serán beneficiarios del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente Ley.

El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un sistema de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.

La Dirección de Salud correspondiente calificará la condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Parágrafo 1°. Aquellas personas que se consideren beneficiarias del subsidio en salud y no hayan sido reconocidas como tal podrán solicitar la revisión de su situación.

Parágrafo 2°. Las Personerías Municipales conjuntamente con las veedurías comunitarias verificarán la correcta aplicación de los criterios de priorización establecidos.

Artículo 36. El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Recursos del Régimen. El Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

a) Los recursos del sistema general de participaciones que se destinen para financiar el subsidio a la demanda;

b) Los recursos provenientes de Etesa;

c) Los recursos propios que los departamentos, municipios y distritos destinen al Régimen Subsidiado en Salud;

d) Los recursos que en cada vigencia se transformen de subsidio de oferta a subsidio a la demanda teniendo como base los vigentes en el año 2001.

e) Los recursos para subsidios a la demanda del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo 1°. Los recursos que, conforme a este artículo, destinen las direcciones seccionales, distritales y locales de salud al régimen de subsidios en salud, se manejarán como una cuenta especial aparte del resto de recursos dentro del respectivo fondo seccional, distrital y local de salud.

Artículo 37. El artículo 215 quedará así:

Aseguramiento del Régimen Subsidiado. Las direcciones locales y distritales de salud suscribirán contratos de aseguramiento del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

Las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado garantizarán los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos que deberán cumplir las Entidades Promotoras de Salud para operar los subsidios.

Artículo 38. El artículo 216 quedará así:

Reglas Básicas para la Operación del Régimen de Subsidios en Salud.

1. Las Direcciones locales o Distritales de Salud contratarán el aseguramiento con Empresas Promotoras de Salud y Empresas Solidarias autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

2. La contratación entre las direcciones locales o distritales se realizará mediante concurso y se regirá por el régimen privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público. El CNSSS reglamentará la materia, especialmente lo relativo a la selección de las Empresas Promotoras de Salud.

3. Un representante de los beneficiarios del régimen subsidiado participará como miembro de las juntas de licitaciones y adquisiciones o del órgano que hace sus veces, en la sesión que defina la Entidad Promotora de Salud con quien la dirección local o distrital de salud hará el contrato. El Gobierno Nacional reglamentará la materia especialmente lo relativo a los procedimientos de selección de los representantes de los beneficiarios.

4. Si se declara la caducidad de algún contrato con las Entidades Promotoras de Salud que incumplan las condiciones de calidad y cobertura, la entidad territorial asumirá la prestación del servicio mientras se selecciona una nueva Entidad Promotora.

5. Los beneficiarios del sistema subsidiado contribuirán a la financiación parcial de la organización y prestación de servicios de salud, según su condición socioeconómica, conforme a la reglamentación que expida el Consejo de Seguridad Social en Salud.

6. Las Entidades Promotoras de Salud que afilien beneficiarios del régimen subsidiado recibirán de los fondos locales o distritales de salud, de la cuenta especial de que trata el parágrafo del artículo 214, por cada uno de los afiliados hasta el valor de la unidad de pago por capitación correspondiente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 213 de la presente Ley. Durante el período de transición el valor de la unidad de pago por capitación será aquel correspondiente al plan de salud obligatorio de que trata el parágrafo 2 del artículo 162 de la presente ley.

Parágrafo 1°. Cuando no haya competencia en el municipio, este deberá actuar como Administradora del Régimen Subsidiado, garantizando el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, según la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Se entenderá que no existe competencia cuando en el municipio al momento de la expedición de esta ley opere una sola entidad aseguradora.

Parágrafo 2°. Los recursos públicos recibidos por las Entidades Promotoras de Salud se entenderán destinados al aseguramiento de la población afiliada en los términos previstos en la Ley.

Parágrafo 3°. El 50% de los recursos del subsidio para ampliación de cobertura se distribuirá cada año entre los beneficiarios del sector rural y las comunidades indígenas, hasta lograr su cobertura total.

Artículo 39. El artículo 217 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

De la participación de las Cajas de Compensación Familiar. Las Cajas de Compensación Familiar destinarán el 10% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el régimen subsidiado

de salud, salvo en aquellas cajas que obtengan un cuociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar del respectivo año, las cuales destinarán un 15%. La aplicación de este cuociente, para todos sus efectos, se hará de acuerdo con lo establecido en el artículo 67 de la Ley 49 de 1990.

Las Cajas de Compensación Familiar que administren directamente los recursos del Régimen Subsidiado, deberán cumplir con los requisitos del artículo 180 de la Ley 100 de 1993. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo 1°. Las Cajas de Compensación Familiar que no cumplan los requisitos definidos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Parágrafo 2°. 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 y el aporte a la Superintendencia del Subsidio Familiar y la contribución a que hace referencia el presente artículo.

Artículo 40. El artículo 219 de la Ley 100 de 1993, quedará así: Estructura del Fondo. El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- a) De compensación interna del régimen contributivo;
- b) De solidaridad del régimen de subsidios en salud;
- c) De promoción de la salud;
- d) Del seguro de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, según el artículo 167 de esta ley;

- e) De aseguramiento de enfermedades de alto costo;
- f) De recaudo único nacional.

Artículo 41. El artículo 221 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Financiación de la Subcuenta de Solidaridad. Para cofinanciar con los entes territoriales los subsidios a los usuarios afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Fondo de Solidaridad y Garantía contará con los siguientes recursos:

- a) Un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, según lo dispuesto en el artículo 203. Esta cotización será girada por cada Entidad Promotora de Salud directamente a la subcuenta de solidaridad del Fondo;

- b) El monto que las Cajas de Compensación Familiar, de conformidad con el artículo 217 de la presente ley, destinen a los subsidios de salud;

- c) *Un aporte del Gobierno Nacional que en cada vigencia será como mínimo igual a medio punto de la suma de la cotización del Régimen Contributivo y del monto que las Cajas de Compensación Familiar están obligadas a destinar al régimen subsidiado de salud, calculado sobre la proyección al cierre de la vigencia fiscal inmediatamente anterior a la de vigencia del presupuesto aprobado por el Congreso, incrementado en el IPC esperado.*

- e) Los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el Conpes;

- f) Los recursos del IVA social destinados a los planes de ampliación de la cobertura de seguridad social a las madres comunitarias del ICBF de que trata la Ley 6ª de 1992.

Parágrafo 1°. Los recursos de solidaridad se destinarán a cofinanciar los subsidios para los colombianos más pobres y vulnerables, los cuales se transferirán, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto adopte el Gobierno Nacional, a la cuenta especial que deberá establecerse en los fondos seccionales, distritales y locales para el manejo de los subsidios en salud.

Artículo 42. El artículo 223 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Financiación de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. El cubrimiento de los eventos catastróficos definidos en el artículo 167 de la presente Ley se financiará de la siguiente forma:

- a) Los recursos del FONSAT, creado por el Decreto-ley 1032 de 1991, de conformidad con la presente Ley;

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

- c) Cuando se extinga el Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República, los aportes presupuestales de este Fondo para las víctimas del terrorismo se trasladarán al Fondo de Solidaridad y Garantía.

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

Artículo 43. Artículo Nuevo. Financiación de la subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo. Entiéndase por enfermedades de alto costo aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento.

Esta subcuenta se financiará con los siguientes recursos:

1. El porcentaje de la UPC del régimen contributivo determinado anualmente por el CNSSS que se descontará por el Fosyga de la respectiva subcuenta en cada uno de los procesos de compensación que se adelanten con las EPS.

2. El porcentaje de la UPC del régimen subsidiado determinado anualmente por el CNSSS, el cual se deducirá de cada uno de los giros que se efectúen a los fondos Departamentales, Distritales y Municipales.

3. A partir del año 2003 las entidades territoriales destinarán el equivalente a un salario diario mensual legal vigente por cada uno de los no afiliados, el cual será descontado por el Gobierno Nacional de los recursos de oferta.

4. Los rendimientos financieros de la subcuenta de compensación provenientes del recaudo Nacional de los aportes de los afiliados del régimen contributivo.

Artículo 44. Artículo nuevo. Periodo de Transición. Mientras se organiza por parte del CNSSS el funcionamiento de la subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo, el Ministerio de Salud presentará antes del 1° de enero del 2002 los estudios correspondientes para definir las coberturas de aseguramiento de las enfermedades de alto costo y los mecanismos de contratación para estas con los prestadores de servicios de salud.

Artículo 45. Artículo Nuevo. Financiación de la subcuenta de recaudo único nacional. La cuenta única de recaudo nacional se financiará con las cotizaciones del régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Artículo 46. El artículo 226 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Información para la vigilancia del recaudo. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá hacerse en forma independiente a la afiliación al régimen general de pensiones.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades rectoras del régimen general de pensiones, la información que permita determinar la evasión y elusión de los aportes por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, podrá solicitar información a la Administración de Impuestos Nacionales y a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina, orientada a los mismos efectos. En todo caso, esa información observará la reserva propia de la de carácter tributario.

Artículo 47. El artículo 227 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios, el mayor beneficio a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible que propenda al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Artículo 48. Artículo Nuevo. De los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad. Son componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad:

- a) *El cumplimiento de los requisitos esenciales;*
- b) *Auditoría de servicios en salud;*
- c) *Sistema de información;*
- d) *Incentivos;*
- e) *Acreditación.*

Parágrafo. *Las condiciones de operación de estos componentes, se efectuará de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.*

Artículo 49. *El artículo 287 de la Ley 100 de 1993, quedará así:*

Actividades propias de los intermediarios en las Entidades de Seguridad Social. Las entidades de seguridad social, las entidades promotoras de salud y las sociedades administradoras de fondos de cesantía y/o pensiones, podrán realizar las actividades de promoción y ventas, la administración de la relación con sus afiliados, pago y transferencia de los recursos por intermedio de instituciones financieras, intermediarios de seguros u otras entidades, con el fin de ejecutar las actividades propias de los servicios que ofrezcan.

El Gobierno reglamentará la actividad de estas intermediarias, regulando su organización, actividades, responsabilidades, vigilancia y sanciones a que estarán sujetos.

Artículo 50. Vigencia. Este proyecto rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Senadores Ponentes,

Dieb Maloof Cuse, Honorio Galvis

COMISIÓN SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL
HONORABLE SENADO

Bogotá, D. C., a 1° día del mes de noviembre de 2001.

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

El Presidente,

Luis Eduardo Vives Lacouture.

El Secretario,

Eduardo Rujana Quintero.

**TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 129 DE
2000 SENADO**

Aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República en sesión del día miércoles 6 de junio de 2001, por medio de la cual se introducen algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Del objeto y campo de aplicación.* Corresponde al Estado, en forma directa, o a través de las entidades territoriales o de terceros, garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de todas las personas. En consecuencia, se definen medidas que permitan garantizar la estabilidad administrativa y financiera del sector salud y la superación de la crisis hospitalaria nacional y que garanticen el flujo permanente y equitativo de recursos en el régimen subsidiado. Se facilita la relación médico-paciente se ordena al Gobierno Nacional la creación del Registro Unico Nacional y el Censo Médico Nacional de quienes ejercen la medicina en Colombia. Aplica a todos los habitantes del Territorio Nacional y a todas las entidades que participen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Salud Pública y PAB. El Plan de Atención Básica de que trata el artículo 49 de la Constitución Nacional, la salud pública, los planes de vacunación masiva, el saneamiento ambiental, la atención de enfermedades como el cólera, la lepra, la tuberculosis, el paludismo, las enfermedades de transmisión sexual, el Sida, en general las enfermedades emergentes y reemergentes, serán responsabilidad directa del Ministerio de Salud y de las Secretarías de Salud territoriales.

Para su financiación contarán con recursos propios del Ministerio de Salud destinados para tal fin y los de la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fosyga. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá las actividades obligatorias de promoción y prevención que deben ser realizadas dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), dirigidas a los afiliados como individuos, incluidas dentro del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Parágrafo 1°. Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y todas aquellas establecidas en el Plan de Atención Básica (PAB), podrán ser contratadas con la red privada de prestadores, previo concepto favorable del Consejo Territorial de Salud respectivo. En todo caso, se garantizará como mínimo el 50% de la contratación a través de la red pública. El Ministerio de Salud definirá las condiciones mínimas de contratación tanto en la red pública como en la red privada.

Artículo 2°. *Financiación de las Instituciones prestadoras de servicios de salud pública del primer nivel de atención.* A partir de la vigencia de la presente ley los hospitales, puestos y centros de salud que formen parte de la red pública de servicios, localizados en municipios categoría 5 y 6, todos aquellos que se dediquen exclusivamente a la atención del primer nivel de complejidad o, a las acciones del Plan de Atención Básica, según concepto de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, recibirán sus asignaciones correspondientes a sus presupuestos de gastos por el sistema de subsidios de oferta con los recursos de los fondos locales, departamentales o distritales de salud, según el caso y con los recursos de que trata el artículo 1° de esta ley. Para el efecto se establecerán planes de desempeño con la respectiva Dirección de salud que faciliten el control de gestión.

Los ingresos por venta de servicios que realicen estas instituciones por atención de pacientes del régimen contributivo o del subsidiado o por cualquier otro concepto, formarán parte de su presupuesto. Cada presupuesto establecerá metas en este sentido, según reglamentación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3°. *Financiación de las Instituciones prestadoras de servicios de salud de I, II, y III nivel.* A partir de la vigencia de la presente ley los hospitales de I, II y III nivel que formen parte de la ley pública de servicios, no contemplados en el artículo anterior, tendrán un sistema mixto de financiación de oferta y demanda. Para permitir el correcto funcionamiento de este sistema de oferta y demanda, se define la destinación de los recursos de la siguiente manera:

Serán recursos de oferta. Los del situado fiscal para salud establecidos en el artículo 356 de la Constitución Nacional, el 10% de forzosa inversión social para subsidios de oferta de las participaciones municipales de los Ingresos Corrientes de la Nación, definidos en la Ley 60 de 1993 y en el Decreto 1664 del 1 de agosto de 1994, las rentas cedidas por la Nación a los Departamentos y Distritos con destino a las Secretarías Territoriales de Salud para el cumplimiento de sus funciones, como lo estableció la Ley 10 de 1990, y los demás recursos que por cualquier concepto ingresen a los fondos de salud de que trata el Decreto 1893 de 1994.

Serán recursos de demanda. Los de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y el 15% de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación definidos en la Ley 60 de 1993 y en el Decreto 1664 de 1994.

Parágrafo. En lo sucesivo cualquier medida tendiente a disminuir el subsidio a la oferta deberá tomarse sobre la base de un riguroso análisis que tenga en cuenta la población vinculada, la tasa de desempleo, el cumplimiento de los compromisos del Estado con el Fosyga y el desarrollo desigual de las regiones, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. *Recursos para solucionar la crisis hospitalaria nacional.* De acuerdo con lo establecido en el artículo 221 de la Ley 100 de 1993 y al tenor de lo ordenado por la Corte Constitucional en la sentencia número SU-480 de septiembre 25 de 1997, los recursos no presupuestados durante las vigencias de 1994, 1995 y 1996, no cancelados por la nación al Fosyga hasta el momento de entrar en vigencia la presente Ley, serán destinados al pago de actividades realizadas en los años 1994, 1995, 1996 por la prestación de servicios de salud a la población vinculada al sistema, no afiliada al régimen contributivo ni al subsidiado y a las patologías no incluidas en POS del régimen subsidiado; según en plan de racionalización y armonización de la red de servicios en cada territorio que defina para tal efecto el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, se destinarán por este mecanismo, en cada vigencia, los excedentes de la Subcuenta de ECAT del Fosyga, para fortalecer la red nacional de urgencias y la red pública de servicios.

Artículo 5°. Del total del situado fiscal que corresponda a cada departamento, será obligatorio destinar el 70% para educación y el 30% para salud.

Artículo 6. *Contenido del POS subsidiado.* Con base en estudios técnicos realizados por el Ministerio de Salud y con los nuevos recursos

establecidos en la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establecerá las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad de la población afiliada al régimen subsidiado y para ampliar progresivamente el contenido del POS subsidiado. Se incluirán actividades, intervenciones y procedimientos que correspondan al II y III nivel de complejidad, de tal forma que se dé cumplimiento al propósito de un solo plan de beneficios en el sistema, antes del 1° de enero del año 2001. El Consejo reajustará proporcionalmente el valor de la Unidad de Pago por Capitación respectiva.

Artículo 7°. De las Direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado. A partir de la vigencia de la presente Ley los entes territoriales crearán una Dirección Territorial del Régimen Subsidiado que tendrá funciones de administradora de este régimen de su zona geográfica.

Las Direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado se encargarán de la afiliación de los beneficiarios del régimen Subsidiado, con base en los requisitos establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y garantizarán a sus afiliados el plan de beneficios establecidos en el POS subsidiado, mediante contratación directa con la red pública de servicios en un porcentaje no inferior al 60%.

Con base en la reglamentación que expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la cual tomará en cuenta el número de afiliados al régimen subsidiado en cada ente territorial y el desigual desarrollo de las regiones, las Direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado podrán disponer por costos de administración hasta del 12% del valor de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiada que le correspondan.

Estas Direcciones Territoriales de Régimen Subsidiado tendrán independencia administrativa y financiera. El Director Regional del Régimen Subsidiado será nombrado por el Alcalde o Gobernador, según el caso, de terna presentada por el Consejo Territorial de Seguridad Social, o directamente, si no hubiere Consejo Territorial.

Las actuales ARS podrán seguir funcionando paralelamente a las direcciones territoriales de régimen subsidiado siempre y cuando se sometan:

- a) Presten servicio de buena calidad;
- b) Podrán disponer por costos de administración hasta el 12% del valor de las unidades de pago por capitación subsidiada que le corresponda;
- c) Contratación directa con la red pública de servicios de un porcentaje no inferior al 60%.

Parágrafo 1°. Cuando no existan las condiciones adecuadas, según concepto obligado del Consejo Territorial de Seguridad Social o por el Consejo Nacional si no hubiere Consejo Territorial, las Direcciones Territoriales de Régimen Subsidiado en Salud podrán ser asumidas por una Caja de Compensación Familiar, seleccionada por dicho Consejo y, en cuyo caso, el valor de la administración no podrá superar el 10% de las UPC correspondientes.

Parágrafo 2°. A partir de la vigencia de la presente Ley, en un plazo máximo de seis (6) meses, será obligatorio la constitución de los Consejos Territoriales Departamentales y los de todas las ciudades capitales de Departamento. El Consejo Nacional de Seguridad Social establecerá su reglamento y podrá delegar las funciones que considere en el ámbito de su Departamento.

Parágrafo 3°. Previo concepto favorable del Consejo Nacional de Seguridad Social el Ministerio de Salud establecerá el traspaso de los afiliados actuales de las ARS, tomando en cuenta los períodos de contratación y, en todo caso, garantizando la continuidad de la atención de los usuarios.

Parágrafo 4°. La Superintendencia Nacional de Salud se encargará del proceso de liquidación de las actuales ARS (Que no se sometan a las condiciones establecidas en el presente artículo), tomando en cuenta los períodos de contratación y reconociendo el valor proporcional de las Unidades de Pago hasta el día del traslado a las direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado. El traslado de estos afiliados no podrá exceder del término del período de contratación siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley. El Ministerio de Salud reglamentará las medidas correspondientes.

Parágrafo 5°. La Superintendencia Nacional de Salud certificará el monto de los recursos financieros y sus rendimientos de los fondos de previsión de que trata el acuerdo No. 81 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, los cuales serán devueltos al Fosyga, subcuenta de solidaridad, en el momento de protocolizar la liquidación, para su redistribución

por los Consejos Territoriales de Seguridad Social, donde existan, o por el Consejo Nacional donde no exista, respetando la distribución territorial de los recursos.

Artículo 8°. Sobre la relación médico-paciente. Las EPS, IPS públicas o privadas, las Secretarías Territoriales de Salud, las ARS y las nuevas Direcciones Territoriales del Régimen Subsidiado y en general todos los actores del sistema respetarán la autonomía profesional de la salud en el ejercicio de su profesión.

Serán prácticas prohibidas constreñir el criterio médico, coartar la solicitud de exámenes necesarios para el diagnóstico oportuno, impedir la libre remisión de pacientes al especialista o a otras instituciones de igual o superior nivel cuando las circunstancias médicas lo ameriten, o limitar el ejercicio de la prescripción de medicamentos establecidos en el manual aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

En todo caso, el médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evolución adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. Para ello dispondrá, como mínimo, en los servicios de consulta externa programada, de veinte (20) minutos por cada paciente, o más en casos especiales como la consulta de psiquiatría.

Artículo 9°. Inscripción y Registro Unico Nacional. El Gobierno Nacional creará el Registro Unico Nacional y el censo médico, de los odontólogos y de los demás profesionales de la salud de quienes ejercen la profesión médica en Colombia, odontólogos y demás profesionales de la salud, así como la actualización permanente del mismo, propósito para el cual podrá convocar el concurso y colaboración de la Asociación Médica Colombiana, Federación Odontológica Colombiana y la Confederación de Profesionales de la Salud.

En tal virtud, sin perjuicio de su propia estructura organizativa, la Asociación Médica Colombiana, la Federación Odontológica Colombiana y la Confederación de Profesionales de la Salud, establecerán los mecanismos para el cumplimiento de este propósito y de estas funciones, en concordancia con las disposiciones y requisitos legales vigentes para el ejercicio profesional.

Parágrafo 1°. La Academia Nacional de Medicina, la Federación Médica Colombiana o la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Asociación Médica Colombiana, la Federación Odontológica Colombiana y la Confederación de Profesionales de la Salud, podrán a solicitud del gobierno nacional ser consultoras y asesoras del Gobierno Nacional en materia de la regulación, capacitación, formación, registro profesional del ejercicio de estas profesiones, así como en lo relacionado con la Salud y la Seguridad Social de los colombianos, sin perjuicio de las funciones de asesoría y consulta que hoy cumplen dichas organizaciones.

Artículo 10. El literal g) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

Los afiliados al sistema elegirán libremente la entidad promotora de salud, dentro de las condiciones de la presente ley:

Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales debidamente acreditados, además de los que tengan vinculación laboral a ellas. Para garantizar el principio de libre escogencia a los afiliados, estos podrán escoger a cualquier profesional de la salud o Instituciones Prestadoras de Servicios, debidamente acreditadas e inscritas en el Registro de Prestadores. Entiéndase por Registro de Prestadores todos aquellos listados de profesionales e Instituciones Prestadoras de Servicios que hayan solicitado su inclusión en la Red de Servicios en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional. La Institución Prestadora de Servicios o el profesional de la salud quedará inscrito en la red de Prestadores de Servicios una vez presente la solicitud de inscripción ante las EPS IPS.

Artículo 11. Numeral 4° artículo 159, de la Ley 100 de 1993, quedará así: Las Instituciones Prestadoras de Servicios y los profesionales de la salud serán escogidos de la Red de Servicios de las EPS, conforme a lo dispuesto en el literal g) del artículo 156 de la presente ley.

Artículo 12. El numeral 4° del artículo 178 de la Ley 100 de 1993, quedará así: Garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

Artículo 13. El artículo 179 de la Ley 100 de 1993 quedará así: **Campo de acción de las entidades promotoras de salud.** Para garantizar el plan de

salud obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán los servicios de salud directamente o a través de convenios y/o contratos con las instituciones prestadoras y los profesionales debidamente inscritos en el registro de prestadores de la empresa promotora. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados todas las alternativas de instituciones prestadoras de salud inscritas en su registro.

Parágrafo 1º. Todas las Instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas y profesionales de la salud harán parte de la red de servicios ofrecida por la empresa promotora a sus afiliados para lo cual presentarán su portafolio de servicios, se acogerán a las tarifas establecidas y definirán los mecanismos de remisión, contra remisión e intercambio de información.

Parágrafo 2º. Las entidades promotoras de salud buscarán mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas, agremiaciones o asociaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

Artículo 14. El inciso tercero del artículo 187 de la Ley 100 de 1993 quedará así: Los recaudos por estos conceptos se distribuirán de la siguiente manera: el 40% serán entregados al prestador de manera inmediata como parte de pago del servicio; el 10% será propiedad de la EPS para cubrir los gastos administrativos que conlleva el recaudo y el 50% restante será remitido al Fondo de Solidaridad y Garantía por parte de la EPS, siendo su destino final la promoción o la prevención y/o el incremento de la cobertura del régimen subsidiado del ente territorial donde se genere el recaudo. El Consejo Nacional de Seguridad Social establecerá la prioridad de la inversión anualmente.

Artículo 15. El parágrafo 4º del artículo 162 de la Ley 100 de 1993 quedará así: Se crea una quinta cuenta del Fondo de Garantía y Solidaridad denominado Fondo para la Atención de Enfermedades de Alto Costo. Las EPS y ARS girarán a este fondo el 15% de la UPC destinadas al cubrimiento de las enfermedades de alto costo. Los entes territoriales serán responsables de la administración de la atención de este tipo de enfermedades, contratarán la red de servicios y facturarán a esta subcuenta. El Consejo Nacional de Seguridad Social reglamentará el proceso para asegurar a la comunidad la atención. La Superintendencia de Salud ejercerá las acciones de vigilancia y control.

Los excedentes anuales resultantes se destinarán al pago de la atención de las enfermedades de alto costo de los vinculados de acuerdo a la distribución que haga el Consejo Nacional de Seguridad Social.

Artículo 16. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

SENADO DE LA REPUBLICA

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE

Bogotá, D. C., agosto 3 de 2001.

Proyecto de ley número 129 de 2000 Senado, por el cual se introducen algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993.

En sesión ordinaria de esta Célula Congressional llevada a cabo el pasado miércoles seis (6) de junio de 2001, se inició con la lectura de la Ponencia para Primer Debate, la consideración del proyecto de ley presentado al

Congreso de la República, por el honorable Senador Jorge Eduardo Gechem Turbay. Abierto el debate, se procedió a la lectura de la proposición con que termina el informe de ponencia para primer debate, el cual fue aprobado por unanimidad. A continuación, somete a consideración el articulado en bloque, con la proposición aditiva con relación al pliego de modificaciones presentada por el ponente del proyecto, el cual es aprobado por unanimidad. Puesto en consideración el Título del Proyecto, éste fue aprobado por unanimidad de la siguiente manera sin modificaciones: "por el cual se introducen algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993", preguntada la Comisión si deseaba que el proyecto tuviera segundo debate, esta respondió afirmativamente. Siendo designados Ponentes para segundo debate los honorables Senadores Dieb Maloof Cuse y Honorio Galvis Aguilar. Término reglamentario. La relación completa del Primer Debate se halla consignada en el Acta número 20 del seis (6) de junio de 2001.

El Presidente,

Luis Eduardo Vives Lacouture

El Vicepresidente,

José Jaime Nicholls.

El Secretario,

Eduardo Rujana Quintero.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO

Bogotá D C., a los siete (7) días del mes de noviembre de dos mil uno (2001), se ordena su publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República.

El Presidente,

Luis Eduardo Vives Lacouture

El Secretario,

Eduardo Rujana Quintero.

CONTENIDO

Gaceta número 564 - Jueves 8 de noviembre de 2001
SENADO DE LA REPUBLICA

Págs.

PONENCIAS

Ponencia para segundo debate al proyecto de acto legislativo número 01 de 2001 Senado, por el cual se adiciona el parágrafo 180 de la Constitución Política.	1
Ponencia para segundo debate al proyecto de ley número 32 de 2001 Senado, por medio de la cual se aprueba el protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, adoptado en Nueva York el veinticinco (25) de mayo de dos mil (2000).	2
Ponencia para segundo debate al proyecto de ley número 48 de 2001 Senado, por medio de la cual la Nación se asocia a la celebración del nonagésimo octavo aniversario de la fundación del municipio de Albán (departamento de Cundinamarca) y se dictan otras disposiciones. ...	4
Ponencia para segundo debate al proyecto de ley 129 de 2000 Senado, por la cual se introduce algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993...	5