

REPUBLICA DE COLOMBIA



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XV - N° 99

Bogotá, D. C., viernes 5 de mayo de 2006

EDICION DE 52 PAGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

CAMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NUMERO 214 DE 2005 CAMARA

por la cual se dictan las disposiciones generales del Hábeas Data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera y crediticia, y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., marzo 21 de 2006.

Doctora

GINA PARODY D'ECHEONA

Presidenta Comisión Primera

Honorable Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Ponencia para primer debate al Proyecto de Ley Estatutaria número 214 de 2005 Cámara, por la cual se dictan las disposiciones generales del Hábeas Data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera y crediticia, y se dictan otras disposiciones.

Correspondiendo al honroso encargo por usted impartido, procedemos a rendir ponencia para primer debate en los siguientes términos:

OBJETO DEL PROYECTO

La ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales relacionadas con la recolección, tratamiento y circulación de datos personales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política. Adicionalmente, y de forma particular, la ley busca regular las actividades relacionadas con la información crediticia y financiera, por ser uno de los temas más controvertidos en razón del Hábeas Data.

De esta manera, el presente proyecto es una regulación integral, esto es, una normativa que fija los parámetros generales aplicables universalmente a todo tipo de administración de datos, cualquiera sea la naturaleza de los mismos. La regulación, si bien es amplia y precisa, no es exhaustiva, como corresponde a una ley estatutaria. Ahora bien, en cuanto se refiere a los datos de carácter financiero y crediticio, la legislación que se propone incluye adicionalmente algunas normas y principios especiales aplicables exclusivamente a este tipo de información, dadas las características particulares de dichos datos y las condiciones en que se ha desarrollado en Colombia el sector de los operadores de datos financieros y crediticios.

DERECHOS OBJETO DE LA PRESENTE REGULACIÓN

La Constitución Política Colombiana, de forma acertada, estableció en un mismo plano y en el mayor grado posible de protección, como derechos fundamentales, tanto el derecho a la información como los derechos de Hábeas Data, buen nombre, honra e intimidad.

La inclusión de todos los derechos que tienen relación directa con el tema del manejo de información personal dentro del ordenamiento constitucional y como parte del capítulo de los derechos de primera generación corresponde con la visión internacional de, por una parte, darle el mayor énfasis y la mayor protección posible a los derechos relacionados con el dato personal, y por otra, procurar un tratamiento equilibrado y armónico de tales derechos, de forma que ninguno de ellos se postule como valor absoluto, sino relativo y colindante con los demás.

En la doctrina moderna, ninguno de estos derechos debe tomarse como un derecho absoluto, lo que implica para el juez o el intérprete de su alcance un esfuerzo intelectual para construir un espacio de coexistencia de todos los derechos personales, precisando en cada caso la frontera hasta donde se extiende un derecho fundamental, en respeto por otros derechos o principios.

A partir de la promulgación de la Constitución en el año 1991, la Corte Constitucional se ha planteado en diversas ocasiones la manera

como se debe interpretar el derecho a la información del artículo 20 de la Carta, en relación con los derechos del artículo 15, Hábeas Data, buen nombre, honra e intimidad. En los primeros años, los fallos de la Corte plantearon una cierta preeminencia de los derechos a la intimidad y el buen nombre en los casos en que estos entraran en conflicto con el derecho de información de otras personas. Sin embargo, posteriormente la Corte ha modificado su doctrina para establecer una postura de equilibrio e interpretación armónica de los derechos contrapuestos, al considerarse que la Constitución misma introdujo como derecho fundamental, a la par de los derechos al Hábeas Data, la intimidad, la honra y el buen nombre, el derecho a la información, el cual es reconocido y protegido en las mismas circunstancias que los demás derechos fundamentales del capítulo primero del título segundo de la Carta.

Los derechos orientados a la protección de los datos personales, deben igualmente interpretarse de forma armónica con el derecho que tienen las personas a formar bancos de datos públicos o privados y a ejercer la actividad de recolección, tratamiento y circulación de datos, derechos que se derivan del mismo artículo 15 de la Constitución. Ver sobre el particular Sentencia C-687 de 2002, Corte Constitucional¹.

El proyecto que se presenta a consideración del honorable Congreso de la República, en concordancia con el pensamiento internacional sobre la materia, con las normas constitucionales colombianas y la jurisprudencia de la Corte Constitucional, se ha diseñado cuidadosamente para procurar una protección equilibrada de los derechos en juego, esto es, un amparo efectivo de los derechos individuales de las personas cuyos datos sean recogidos en bancos de datos, sin desconocer los derechos de quienes operan los bancos de datos y usan la información contenida en ellos.

Por tanto, el proyecto se ha planteado sobre las siguientes bases que responden a dicho criterio de convivencia de derechos: (i) Por un lado, se restringe o prohíbe la circulación de datos personales íntimos o sensibles, salvo que su conocimiento por ciertas personas sea estrictamente necesaria para alcanzar un fin o un interés público; (ii) Se permite la circulación fluida de datos no íntimos ni reservados, siempre que se cuente con la autorización del titular y se cumplan los principios de la administración de datos personales contenidos en el proyecto; (iii) Se exceptúa la circulación de ciertos datos no reservados de la necesidad de autorización del titular, cuando se trate de datos cuyo conocimiento propugna o favorece un interés público; (iv) Se establecen términos y criterios máximos de permanencia de la información negativa en los bancos de datos, para evitar que los datos se mantengan registrados indefinidamente sin atenderse al cumplimiento de una finalidad particular. No obstante la información positiva permanecerá indefinidamente, y en el reporte de información deberá establecerse en caracteres ampliamente destacados que las personas naturales y jurídicas que hayan realizado la cancelación de sus cuotas u obligaciones vencidas de manera voluntaria, tienen un reporte de información positiva.

CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES

El presente proyecto cumple con los estándares o principios internacionales que regulan la materia y brinda al país la posibilidad de que sea calificado como un Estado que sí protege adecuadamente la información personal de sus ciudadanos.

¿Cuándo se considera que un país garantiza un nivel adecuado de protección de los datos personales de sus ciudadanos? Según el Grupo Europeo de Protección de Datos Personales es necesario que la regulación de

un país contenga no sólo unos “principios” de contenido y “procedimientos” de protección de datos personales sino mecanismos y autoridades que efectivamente velen por la protección de dicha información.

Los principios de la protección tienen su expresión, por una parte, en las distintas obligaciones que incumben a las personas, autoridades públicas, empresas, agencias u otros organismos que efectúen tratamientos –obligaciones relativas, en particular, a la calidad de los datos, la seguridad técnica, la notificación a las autoridades de control y las circunstancias en las que se puede efectuar el tratamiento– y, por otra parte, en los derechos otorgados a las personas cuyos datos sean objeto de tratamiento, derecho de ser informadas acerca de dicho tratamiento, de poder acceder a los datos, de poder solicitar su rectificación o incluso de oponerse a su tratamiento en determinadas circunstancias.

La norma deberá garantizar además que cualquier persona disfrute del derecho de acceso a los datos que le conciernan y sean objeto de tratamiento, para cerciorarse, en particular, de su exactitud y de la licitud de su tratamiento. Si el tratamiento indebido de datos personales causa perjuicios a la persona, esta debe contar con una acción legal para que obtenga del responsable la reparación pertinente.

En el campo de la transferencia de datos personales entre países, se debe exigir que los datos únicamente se transfieran a países que garanticen un nivel adecuado de protección.

Todo tratamiento de datos personales debe efectuarse de forma lícita y leal con respecto al interesado. Para ser lícito el tratamiento de datos personales debe basarse en el consentimiento informado del interesado, salvo ciertas excepciones justificadas. Adicionalmente, los datos personales deben ser: (a) Recogidos con fines determinados, explícitos y legítimos, y no ser tratados posteriormente de manera incompatible con dichos fines; (b) Adecuados, pertinentes y no excesivos con relación a los fines para los que se recaben y para los que se traten posteriormente; (c) Exactos y actualizados; (d) Conservados en una forma que permita la identificación de los interesados durante un período no superior al necesario para los fines para los que fueron recogidos o para los que se traten ulteriormente.

La protección de los derechos y libertades de los interesados en lo que respecta a los tratamientos de datos personales exige la adopción de medidas técnicas y de organización apropiadas, tanto en el momento de la concepción del sistema de tratamiento como en el de la aplicación de los tratamientos mismos, sobre todo con el objeto de garantizar la seguridad e impedir, por tanto, todo tratamiento no autorizado.

Finalmente, la existencia o creación de una autoridad de control de los administradores de bancos de datos o centrales de información que ejerza sus funciones con plena independencia constituye un elemento esencial de la protección de las personas en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

LA INFORMACIÓN EN LA ACTIVIDAD CREDITICIA Y FINANCIERA

Funcionamiento de los bancos de datos de naturaleza financiera y crediticia

Los operadores de información financiera y crediticia operan en Colombia como entes independientes de las fuentes y los usuarios, siendo su principal actividad precisamente la de recibir dicha información de las fuentes, recopilarla, clasificarla, organizarla y ponerla a disposición de los usuarios.

Los principales operadores de este tipo de datos en la actualidad son la Asobancaria (a través de su banco de datos denominado Cifin, Cen-

¹ “(...) el propio artículo 15, al regular el Hábeas Data y el derecho a la intimidad, ampara también, dentro de determinados límites, el derecho de las personas a estructurar bases de datos, (...). Esto significa que existe un derecho a recolectar, sistematizar y circular datos, que además se encuentra profundamente ligado a la libertad de toda persona de informar y recibir información veraz e imparcial (C. P. art. 20)”. Corte Constitucional Sentencia C-687 de 2002.

tral de Información Financiera), Datacrédito (unidad de negocios de una empresa privada denominada Computec S. A.) y Fenalco.

Las fuentes usualmente son entidades financieras que reciben y generan los datos de sus clientes. También son fuentes de información muchas empresas del sector real que otorgan financiación a sus clientes, ofreciendo plazos para el pago de los bienes o servicios adquiridos. Tales fuentes recogen la información de todos sus clientes y la remiten al operador y periódicamente la actualizan con todas las novedades sobre cada persona. En el caso de Datacrédito y la Cifin, la información se remite mediante cintas magnéticas que contiene toda la base de datos y que refleja las novedades, las cuales se envían mensualmente por cada fuente.

Recibida la información por el operador, este la incorpora, en los mismos términos en los cuales le fue reportada por el operador, en su banco de datos general el cual recopila, e integra la información recibida de todas las fuentes y la pone en línea a disposición de los usuarios.

En el caso de la información financiera y crediticia, los usuarios son normalmente las mismas fuentes. Es decir, cada entidad financiera o empresa del sector real tiene la doble condición de usuario, de tal manera que para poder acceder a la base de datos general se compromete a estar suministrando los datos que corresponden a sus clientes.

El servicio que presta el operador de datos es, por tanto, un servicio neutral: Es un canal de información que conecta a la fuente con el usuario, sin agregar o modificar la información. El operador no emite juicios de valor sobre los datos, ni los altera, sino solo los integra y los organiza para ponerlos a disposición de los usuarios. Lógicamente, las decisiones que se toman con base en la información contenida en los bancos de datos no las toma el operador, sino el usuario que se sirve de ella.

Por otro lado, los operadores de datos financieros y crediticios cuentan con mecanismos para atender las solicitudes de los titulares de la información, sean estas consultas o reclamos. Por una parte, algunos operadores tienen centros especiales de atención a los usuarios para que allí se acerquen para revisar y consultar el estado de sus datos y, si lo consideran necesario, para elevar un reclamo si considera que existen inconsistencias en la información. Por su parte, algunos operadores han adoptado Códigos de Conducta que establecen de forma particular las reglas de funcionamiento del sistema. En otros casos, las consultas o reclamos se atienden por correo o, inclusive, por Internet.

Recibido un reclamo, los operadores se comunican internamente con la fuente respectiva para que la fuente verifique si efectivamente existe información que deba ser actualizada o corregida, caso en el cual la fuente procede a hacer la respectiva actualización y a informar al operador. Recibido el informe de actualización por el operador, este se encarga de comunicarlo al titular.

Naturaleza de la información

Uno de los más arraigados problemas de los mercados de créditos son las denominadas “asimetrías de información”, esto es, el desfase que existe entre la información conocida por el oferente de crédito y el demandante de crédito, en perjuicio del primero, quien conoce mucho menos que el deudor sobre su situación financiera y su real capacidad para honrar los pagos.

La asimetría de la información trae entonces como consecuencia el incremento del precio de los servicios de intermediación financiera y cuando, dicha asimetría persiste, conduce a limitar o restringir la ofer-

ta de crédito, puesto que el prestamista, ante la falta de información, termina por preferir abstenerse de prestar. En palabras del economista galardonado con el premio Nobel de Economía, Joseph Stiglitz, cuando hay asimetría de información “...el mecanismo de precios no sirve para equilibrar los mercados y se llega a soluciones extremas o de esquina, es decir, se raciona el crédito” (Stiglitz & Weiss, 1981).

La única manera de afrontar el problema de la asimetría de la información es con información. Por ello, los estudios internacionales han recomendado promover al interior de los países el desarrollo de bancos de datos de información financiera y crediticia a la que tengan acceso todos los intermediarios financieros, a fin de reducir el déficit de información y aumentar, por ende, la confiabilidad de la principal herramienta que tiene un analista de crédito para evaluar un riesgo, como es la historia de crédito de las personas.

En la medida en que haya un flujo permanente de información crediticia de calidad, los oferentes de crédito y demás intermediarios financieros pueden sofisticar y diversificar la oferta de servicios, lo que igualmente repercute a favor del consumidor.

Igualmente, la existencia de bancos de datos de naturaleza crediticia beneficia al usuario de crédito porque incrementa sus posibilidades de acceso al crédito, y elimina factores externos o subjetivos en la aprobación de créditos. En presencia de información crediticia, el éxito en la obtención de crédito depende en mayor medida del récord personal; si falta la información sobre el pasado crediticio o si la información es deficiente, el crédito se concentra en clientelas cerradas construidas con base en el conocimiento personal del banquero.

La Corte Constitucional se ha pronunciado en varias ocasiones reconociendo la importancia que tienen los bancos de datos de contenido crediticio en el estímulo de las sanas prácticas de crédito. En la Sentencia T-303 de 1998 se pronunció así:

“Ahora bien, lo que sí puede ocurrir –y esta Corte lo ha admitido en guarda del derecho que tiene el sector financiero a estar informado oportunamente sobre los antecedentes más próximos de sus actuales o potenciales clientes y con miras al estímulo de las sanas prácticas del crédito– es que, cuando se ha presentado la mora en el cumplimiento de obligaciones de ese tipo, permanezca registrado el dato por un tiempo razonable después de efectuado el pago”².

Término de permanencia para la información crediticia y financiera

La información financiera y crediticia no se debe mantener registrada indefinidamente en la base de datos a la vista de los usuarios. La información crediticia y financiera debe permanecer disponible solo en la medida en que el respectivo dato sirva para el propósito para el cual fue incluido en la base de datos, que no es otro que servir de elemento de juicio para el otorgamiento de crédito o la realización de operaciones financieras.

Ahora, sin duda la utilidad de cualquier sistema de gestión del riesgo crediticio reposa fundamentalmente en la capacidad que tenga una entidad financiera de evaluar el comportamiento crediticio de sus sujetos de crédito. La literatura internacional³, y así ha sido recogido en la mayoría de legislaciones occidentales, subraya la importancia de que los intermediarios financieros evalúen el riesgo implícito de cada sujeto de

² Sentencia T-303 de 1998. Corte Constitucional. Magistrado Ponente José Gregorio Hernández.

³ A este respecto se recomienda leer *Credit Risk Modelling: Current Practices and applications*. Basle Committee on Banking Supervision Basle April 1999.

crédito y dicha tarea sólo puede desarrollarse si se cuenta, entre otros datos, con información histórica confiable y, por sobre todo, suficiente, del comportamiento crediticio de los sujetos de crédito.

Tal vez el elemento más importante de una buena base de datos a fin de que contribuya de manera eficiente al desarrollo de todo sistema de administración del riesgo crediticio, no lo constituye tanto el dato en sí mismo como su permanencia en el sistema de información, pues es a partir de la observación estadística de la información en el tiempo que el analista puede evaluar con mayor certeza, y por ende predecir con mayor exactitud, cuál y cuánto riesgo supone para una institución financiera prestar dinero a una persona, en función de su comportamiento de pago. Se dice que el dato en este contexto, y en sí mismo, no vale mucho si no perdura el suficiente tiempo como para permitirle a quien lo posee analizar el comportamiento de pago de una persona frente a distintos escenarios, tanto micro como macroeconómicos (como por ejemplo, una situación personal de insolvencia o una situación de recesión económica en el país)⁴.

Es importante que el debate sobre este punto se desarrolle con la seriedad y rigurosidad técnica que requiere y que finalmente se supere el discurso equivocado de que la finalidad de las centrales de información es tener “listas negras” de personas a fin de impedirles el acceso al crédito. Es claro que el único objetivo de las centrales de riesgo que operan en Colombia y en el resto del planeta, como se ha repetido a lo largo de esta exposición, es el de develar la historia crediticia, tanto positiva como negativa del potencial cliente, a fin de evaluar su conducta en el pago de obligaciones en un período de tiempo representativo. Es sobre esa base, y no otra, que se debe discutir cuál ha de ser el tiempo mínimo de permanencia de la información en un banco de datos. En este sentido, se incluye un artículo dentro de esta iniciativa en la que se dispone la creación de un formato que permita identificar, entre otros aspectos, el nombre completo del deudor, la condición en que actúa, esto es, como deudor principal, deudor solidario, avalista o fiador, el monto de la obligación o cuota vencida, el tiempo de mora y la fecha del pago, si es del caso, con el fin de establecerse en caracteres ampliamente destacados que las personas naturales y jurídicas que hayan realizado la cancelación de sus cuotas u obligaciones vencidas de manera voluntaria, tienen un reporte de información positiva.

Sobre el término concreto de permanencia que se debe establecer, puede haber diferentes posiciones. La información debe permanecer en bases de datos acumulativas el tiempo suficiente como para poder atribuir uno o varios episodios de mora a una conducta o comportamiento inherente al deudor o a un evento exógeno, es decir, ajeno al deudor. Muy poco tiempo hace inútil la información y demasiado tiempo resulta, además de innecesario, riesgoso y costoso.

El estándar a nivel internacional varía entre 5 y 10 años, con una clara tendencia a una mayor permanencia de la información en los países industrializados (7 a 10 años). No obstante, se insiste, la información positiva deberá permanecer indefinidamente en las bases de datos financieras y crediticias.

En el ámbito latinoamericano, la mayoría de los estados tienen establecidas legislaciones sectoriales para los bancos de datos de carácter

crediticio que reconocen la importancia de la información de crédito para el desarrollo del crédito en sus economías, razón por la cual tienen establecidos plazos amplios de permanencia de la información.

En el caso mexicano la caducidad es de 7 años para la información de las personas físicas; en el caso de las personas morales o jurídicas la información no puede eliminarse de la base de datos. Un plazo similar establece la ley panameña, donde el plazo de caducidad oscila entre los siete y los diez años. Vale la pena destacar el caso ecuatoriano, cuya regulación fue aprobada hace muy pocos meses y establece, no un plazo máximo de permanencia, sino un plazo mínimo para la conservación de los datos de 6 años.

En el caso particular de los datos crediticios, la ley Argentina establece expresamente el tiempo durante el cual estos podrán tratarse, dice el artículo 26. “*Sólo se podrán archivar, registrar o ceder los datos personales que sean significativos para evaluar la solvencia económico-financiera de los afectados durante los últimos cinco años. Dicho plazo se reducirá a dos años cuando el deudor cancele o de otro modo extinga la obligación, debiéndose hacer constar dicho hecho*”.

CONTENIDO DEL PROYECTO

TITULO I

El Título I del proyecto de ley contiene todas las disposiciones relativas al objeto y definiciones. Como se mencionó previamente, el proyecto busca regular integralmente el Hábeas Data y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales relacionadas con la recolección, tratamiento y circulación de datos personales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política. De esta manera se ofrece una regulación integral para una mejor protección de los derechos personales, dando cumplimiento además a las formalidades propias de una ley estatutaria. Adicionalmente el proyecto tiene por objeto establecer reglas adicionales para la administración de datos financieros.

El artículo 2° establece el ámbito de aplicación de la norma, dejando claro que las bases de datos de la seguridad nacional interna y externa, deberán quedar por fuera de los alcances de la ley propuesta.

El artículo 3° define los principales conceptos que desarrolla la ley a fin de facilitar su interpretación los cuales coinciden con las actividades mencionadas en el artículo 15 de la Constitución.

El artículo 4° establece los principios que informan la administración de datos en el proyecto de ley.

El artículo 5° establece las condiciones bajo las cuales puede circular la información personal de las personas.

TITULO II

El Título II trata de los derechos de los titulares de la información. El artículo 6° se refiere a los derechos de los titulares de la información frente a los demás destinatarios de la ley, esto es, frente a operadores, fuentes y usuarios.

Frente a los operadores los titulares tienen los siguientes derechos: Ejercer el derecho fundamental al Hábeas Data, en los términos de la ley, mediante la utilización de los procedimientos de consultas o reclamos, sin perjuicio de los demás mecanismos constitucionales y legales; solicitar la eliminación y suspensión de la circulación de la información en los casos previstos en la ley, mediante la utilización del procedimiento de reclamos; solicitar el respeto y la protección de los demás derechos constitucionales o legales, así como de los principios de la administración de datos personales, como de las demás disposiciones de la presente ley, mediante la utilización del procedimiento de reclamos;

⁴ Eschbom 2002 Herausgeber Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GMBH.

“El uso de sistemas de información sobre riesgo crediticio se ha convertido en un tema de análisis y promoción dentro de los organismos internacionales y los gobiernos. Se ha reconocido que uno de los factores que limitan el financiamiento de las microempresas es la falta de información sobre el riesgo que las mismas representan para las intermediarias financieras. Esto provoca que esas fuentes tengan que dedicar mayores esfuerzos para completar la información que requieren para tomar las decisiones sobre las solicitudes que reciben, incrementando sus costos operacionales, los cuales son normalmente transferidos a los clientes de forma indirecta o directa.

Las evidencias empíricas indican que una mayor disponibilidad de información reduce las tasas de morosidad, y que la información sobre el historial crediticio tiene mayor poder de predicción sobre el cumplimiento de las obligaciones que los estados financieros”.

solicitar prueba de la autorización, cuando ella sea requerida conforme lo previsto en la presente ley.

Frente a las fuentes y usuarios de la información, los titulares tienen derechos análogos a los mencionados en adición a aquellos que se refieren particularmente a dichos entes o personas, como los referentes a la obtención y mantenimiento de la autorización del titular, cuando sea requerido por la ley.

TITULO III

El Título III trata de los deberes de los operadores, las fuentes y los usuarios de la información.

El artículo 7° se refiere a los deberes de los operadores de los bancos de datos. Se destacan los siguientes: Garantizar el pleno y efectivo ejercicio del derecho de Hábeas Data; suspender la circulación de datos en los casos señalados en la ley; utilizar la información para la finalidad que tiene el banco de datos; permitir el acceso a la información únicamente a los titulares de la misma, a las personas autorizadas por estos, o sus causahabientes, usuarios, personal autorizado por el respectivo operador del banco de datos y a las autoridades en ejercicio de sus funciones legales o constitucionales, conforme lo previsto en la ley; adoptar un manual interno de políticas y procedimientos para garantizar el adecuado cumplimiento de la ley y, en especial, para la atención de consultas y reclamos por parte de los titulares; conservar con las debidas seguridades los registros almacenados para impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento; tramitar las consultas y los reclamos formulados por los titulares de la información, en los términos señalados en la ley; y cumplir las instrucciones y requerimientos que la autoridad de vigilancia imparta en relación con el cumplimiento de la ley.

El artículo 8° señala los deberes de las fuentes de la información, entre los que se destacan: Garantizar que la información que se suministre a los operadores de los bancos de datos o a los usuarios cumpla con el principio de veracidad o calidad de los datos; reportar de forma periódica y oportuna al operador, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada; rectificar la información cuando sea incorrecta e informar lo pertinente a los operadores; resolver los reclamos del titular en la forma en que se regula en la presente ley; y cumplir con las instrucciones que imparta la autoridad de control en relación con el cumplimiento de la ley.

Por su parte, el artículo 9° señala los deberes de los usuarios, algunos de los cuales son análogos a los relativos a las fuentes, además de los que corresponden propiamente a los usuarios, como son utilizar la información únicamente para los fines para los que le fue entregada; solicitar y conservar copia o evidencia de la autorización otorgada por el titular, cuando esta sea necesaria; e informar a los titulares, a su solicitud, sobre la utilización que le está dando a la información.

TITULO IV

En el Título IV se incorporan las normas especiales dirigidas a los bancos de datos de información financiera y crediticia. Para efectos de dar absoluta claridad sobre el alcance del concepto de información financiera y crediticia, el artículo 10 define el concepto estableciendo las actividades que comprende.

El artículo 11 es una norma de gran importancia, por cuanto establece un principio adicional especial para este tipo de actividad denominado Principio de favorecimiento a una actividad de interés público, conforme el cual la actividad de administración de información finan-

ciera y crediticia está directamente relacionada y favorece una actividad de interés público, como lo es la actividad financiera propiamente, por cuanto ayuda a la democratización del crédito, promueve el desarrollo de la actividad de crédito, la protección de la confianza pública en el sistema financiero y la estabilidad del mismo, y genera otros beneficios para la economía nacional y en especial para la actividad crediticia y financiera del país. De esta manera se pone de presente una de las circunstancias que caracterizan ese tipo de información y que hacen indispensable esta regulación especial que refleja dichas diferencias en cuanto que asegura la debida protección del referido interés público pero, por otro lado, impone mayores exigencias a las personas que intervengan en esta actividad.

Los párrafos 1° y 2° desarrollan el principio de favorecimiento a una actividad de interés público, al imponer como pauta general que la administración de información financiera y crediticia por parte de fuentes, usuarios y operadores deberá realizarse de forma que permita favorecer los fines de expansión y democratización del crédito. Sin embargo en el párrafo segundo de este artículo se encuentra discrepancia entre los ponentes, por lo cual en el articulado se presenta a consideración de los honorables Representantes dos redacciones del mismo. La diferencia radica en la gratuidad en la consulta o actualización de la información. Para los Representantes Luis Fernando Velasco, Dixon Tapasco, José Luis Arcila, la actualización y las consultas de la información deben ser gratuitas sin limitación de tiempo; en cambio para los Representantes Jaime Amín, Telésforo Pedraza y Jorge Luis Caballero, la consulta de la información debe ser gratuita por lo menos una vez al año o en el curso de los últimos 30 días después de solicitado el crédito.

Por su parte, en la misma disposición, y en concordancia con lo dispuesto mediante circulares externas por la Superintendencia Financiera, se agrega que los usuarios de la información financiera y crediticia deberán valorar este tipo de información en forma concurrente con otros factores o elementos de juicio que técnicamente inciden en el estudio de riesgo y el análisis crediticio, y no podrán basarse exclusivamente en la información suministrada por los operadores para adoptar decisiones frente a solicitudes de crédito. El proyecto de ley determina que las entidades financieras deberán analizar la información de los usuarios del sistema financiero de manera integral para la toma de decisiones sobre la incorporación de futuros clientes.

El artículo 12 impone a los operadores de bancos de datos de naturaleza financiera y crediticia la obligación de constituirse como sociedades comerciales, entidades sin ánimo de lucro o entidades cooperativas. Igualmente, se establece el deber de contar con un área de servicio al titular de la información, para la atención de consultas y reclamos y con un sistema de seguridad y las demás condiciones técnicas suficientes para garantizar la seguridad y actualización de los registros, evitando su adulteración, pérdida, consulta o uso no autorizado. Por su parte, se agrega la obligación para este tipo de bancos de datos de actualizar la información reportada por las fuentes con una periodicidad no superior a diez (10) días calendario contados a partir del recibo de la misma.

El artículo 13 señala como requisito especial para las fuentes el de actualizar la información por ellas reportada con una periodicidad no superior a 30 días calendario, sin perjuicio de que el titular solicite una actualización de sus datos con mayor anticipación.

En este artículo también se presenta diferencia entre los ponentes, razón por la cual y en cumplimiento del artículo 162 de la Ley 5ª que hace referencia a las enmiendas del articulado, ponemos a consideración de ustedes dos redacciones distintas para que sean discutidas, analizadas y votadas en la comisión.

El artículo 14 fija el término de permanencia de la información relativa al incumplimiento de obligaciones en cinco (5) años contados a partir de la fecha en que sean extinguidas por el deudor la obligación vencida.

Artículo 15 tiene un aporte importante por cuanto establece el contenido mínimo que debe poseer el reporte que se haga por los bancos de datos. En tal sentido, estos deberán presentar la información de forma clara, sencilla, en caracteres ampliamente destacados, en un formato que tenga como mínimo los siguientes campos: el nombre completo del deudor, el número de su documento de identidad, la fuente de la información, el estado actual de la(s) obligación(es), el monto de la(s) obligación(es) o cuota(s) vencida(s), el tiempo de mora y la fecha del pago, si es del caso, el hecho de que el titular ha realizado un pago, y si este fue voluntario o por causa de un cobro judicial. Igualmente se deberá señalar expresamente la condición en que actúa el deudor, esto es, como deudor principal, deudor solidario, avalista o fiador. Por diferencia en quien debe ser el encargado de diseñar el formato que contenga los datos anteriormente citados, proponemos a consideración de los miembros de la Comisión Primera las dos redacciones de este artículo, una encaminada a que debe ser el Gobierno Nacional quien diseñe un formato único, y la otra que da la libertad a las centrales de información de diseñar el formato siempre y cuando cumplan con los datos exigidos.

Así mismo, el reporte deberá establecer en caracteres ampliamente destacados que las personas naturales y jurídicas que hayan realizado la cancelación de sus cuotas u obligaciones vencidas de manera voluntaria, tienen un reporte de información positiva. El incumplimiento de la obligación aquí prevista dará lugar a la imposición de las máximas sanciones previstas en la presente ley.

TITULO V

De las Consultas y Reclamos

El Título IV (artículo 17) del proyecto de ley fija las reglas aplicables al trámite de consultas y de reclamos, estableciendo los plazos aplicables para la resolución de las solicitudes y los derechos que le asisten al titular en el curso de las mismas. En la definición de las reglas sobre consultas y reclamos se distingue el caso en que la fuente y el operador sean la misma entidad (como usualmente ocurre), de los casos en que la fuente de la información es un ente diferente al operador, como ocurre tradicionalmente en el manejo de información financiera y crediticia, en donde existen operadores de datos independientes de las entidades financieras, que reciben la información del titular y sirven de fuente de dicha información hacia el operador.

El término para absolver consultas reclamos se establece en quince días, en concordancia con el plazo legal para el trámite de derechos de petición.

TITULO VI

El artículo 18 determina que los operadores, fuentes usuarios de la información financiera y crediticia se sujetan a la vigilancia del Estado, la cual se ejercerá por la Superintendencia de Industria y Comercio y por la Superintendencia Financiera para sus vigilados naturales.

En los casos en que la fuente, usuario u operador de información sea una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera, el proyecto establece que esta ejercerá la vigilancia e impondrá las sanciones correspondientes, de conformidad con las facultades que le son propias, según lo establecido en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas pertinentes.

Por regla general, para asegurar el cumplimiento de lo previsto en la ley por parte de los operadores, fuentes y usuarios de la información no se necesita la creación de una autoridad de control. Las normas que contiene la ley son de obligatorio cumplimiento para todos sus destinatarios y su eventual incumplimiento implica para el infractor la imposición de sanciones, como se verá más adelante. En el caso de las entidades públicas, existen adicionalmente los órganos de control del Estado que vigilan el cumplimiento de la ley por parte de los servidores públicos y existen herramientas adicionales en manos de los particulares, como es el derecho de petición.

Adicionalmente, las acciones judiciales como la acción de tutela para defender los derechos constitucionales fundamentales o las acciones civiles ordinarias, seguirán sirviendo como medios de defensa para los particulares. Por ello, se ha definido no establecer la creación de un órgano de vigilancia para todos los bancos de datos, teniendo en cuenta además el considerable costo que ello tendría dado el gran número de bancos de datos que pueden existir en el país y la envergadura que tendría que tener para poder especializarse en los diversos tipos de información.

Únicamente se ha considerado la definición de una autoridad de vigilancia para los bancos de datos de tipo financiero y crediticio. Los operadores de datos financieros en la actualidad no pasan de cuatro o cinco y las fuentes (que son a su vez los mismos usuarios) no son un número muy alto, incluyendo inclusive las fuentes del sector real de la economía. El régimen de supervisión que se propone se limita únicamente a la entrega de ciertas funciones especiales suficientes para el correcto funcionamiento del de esta actividad, sin llegar a crear responsabilidades excepcionales que podrían significar la creación de un organismo más complejo y robusto y que no se consideran necesarias en este caso, como son las funciones que se derivan de las facultades de inspección y control que tienen algunas superintendencias.

Se ha estimado que, por excepción, los entes que intervienen en la administración de este tipo de datos sí deben ser sometidos a una autoridad de vigilancia dado el carácter especial de la información que administran; pero particularmente porque en los últimos tiempos la experiencia ha demostrado que es en este tema donde se ha generado mayor controversia y donde mayoritariamente los titulares se han mostrado inconformes con las actuaciones de los operadores, fuentes y usuarios, al punto que han interpuesto un número muy elevado de acciones de tutela en busca del amparo de sus derechos fundamentales. De otro lado, obsérvese que de conformidad con lo previsto en la ley, estos datos están exceptuados del requisito de la autorización del titular, lo cual es una justificación adicional de gran peso para considerar la necesidad de establecer un régimen de vigilancia.

Luego de evaluar concienzudamente diferentes alternativas en cuanto se refiere a la entidad que debe ejercer dicha responsabilidad, se llegó a la conclusión de que la entidad más idónea para recibir dichas funciones es la Superintendencia de Industria y Comercio además de la Superintendencia Financiera, o de la entidad que haga sus veces, en los aspectos relativos a su competencia. En primera medida, las funciones que le corresponde realizar, conforme a lo previsto en esta ley, son propias de una superintendencia y encajan jurídicamente en la función general de supervisión, lo cual hace descartar de plano otras dependencias u organismos como algún Ministerio u otros organismos como la Defensoría del Pueblo o la Procuraduría.

La Superintendencia de Industria y Comercio tiene una facultad general de vigilar las actividades que implican o que desarrollan una re-

lación de consumo con sus clientes o usuarios, lo cual cobija natural y adecuadamente el presente tema con respecto a todos los operadores, fuentes y usuarios. Por tanto, se ha considerado que es esta superintendencia la que debe asumir esta responsabilidad porque es donde resulta más apropiado jurídicamente y más sencillo operativamente.

El artículo 18 establece las funciones específicas que asume la Superintendencia de Industria y Comercio, y en lo que le corresponde la Superintendencia Financiera, en su nueva calidad de autoridad de vigilancia de los bancos de datos de naturaleza financiera y crediticia.

En el artículo 19 se establecen las posibles sanciones que puede imponer la Superintendencia de Industria y Comercio, las cuales pueden llegar hasta 300 salarios mínimos mensuales vigentes. Se fija el procedimiento aplicable para la imposición de sanciones y se establecen criterios de graduación de la medida administrativa. En el caso de los vigilados por la Superintendencia Financiera, la imposición de sanciones se rige por las normas que reglan esas materias para dicha Superintendencia, principalmente el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Así mismo, se establece una sanción personal hasta por 500 salarios mínimos legales mensuales vigentes a quienes incumplan los preceptos de la ley o a quienes incumplan las órdenes impartidas por la Superintendencia de Industria y Comercio.

El artículo 20 dispone los criterios de aplicación de las sanciones.

El artículo 21 establece un período de gracia de seis (6) meses para que tanto la Superintendencia de Industria y Comercio como la Superintendencia Financiera asuman las funciones dadas por la ley, período en el cual el Gobierno Nacional adoptará la estructura interna de cada uno de estos entes de control.

La adición de este artículo hace referencia a los pronunciamientos del Presidente Álvaro Uribe Vélez, quien el pasado 9 de marzo en un foro en la ciudad de Villavicencio, frente a la notoria crisis de la pequeña y mediana empresa y la falta de acceso a créditos, propuso conceder amnistía para los que se pongan al día de manera voluntaria. “El Gobierno se propone a través del mecanismo jurídico indicado, buscar una amnistía en materia de información financiera para aquellos colombianos que tuvieron crisis en el pasado, desde que se pongan al día. Quiero anunciarlo para todo el país aquí en Villavicencio porque ahí hemos encontrado nosotros un obstáculo en el acceso al crédito. Y eso tiene una sustentación, apreciados amigos, si este país quiere ser competitivo en el Tratado de Libre Comercio (TLC), no le puede negar las oportunidades de crédito a la gente”⁵.

Por último se incluyen disposiciones finales sobre el régimen de transición y la vigencia de la ley.

PROPOSICIÓN

Con base en los anteriores argumentos, ponemos, a consideración de los honorables miembros de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, el presente proyecto, con el fin de que se le dé primer debate, teniendo en cuenta el siguiente pliego de modificaciones y las salvedades parciales.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

El siguiente es el texto propuesto para discusión y votación puesto a consideración de los miembros de esta célula congresional. Para mayor claridad se subrayan los cambios introducidos.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE A LOS MIEMBROS DE LA COMISION PRIMERA DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NUMERO 214 DE 2005 CAMARA

por la cual se dictan las disposiciones generales del Hábeas Data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera y crediticia, y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TITULO I

OBJETO Y DEFINICIONES

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bancos de datos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales relacionadas con la recolección, tratamiento y circulación de datos personales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política, así como el derecho a la información establecido en el artículo 20 de la Constitución Política, particularmente en relación con la información financiera y crediticia.

Artículo 2°. *Ambito de aplicación.* La presente ley se aplica a todos los datos de información personal registrados en un banco de datos, sean estos de naturaleza pública o privada.

Esta ley se aplicará sin perjuicio de normas especiales que disponen la confidencialidad o reserva de ciertos datos o información registrada en bancos de datos de naturaleza pública, para fines estadísticos, de investigación y/o sanción de delitos, seguridad nacional o para garantizar el orden público. Se exceptúan de esta ley las bases de datos que tienen por finalidad producir la Inteligencia de Estado por parte del Departamento Administrativo de Seguridad, DAS, y de la Fuerza Pública para garantizar la seguridad nacional interna y externa.

Igualmente, quedan excluidos de la aplicación de la presente ley aquellos datos mantenidos en un ámbito exclusivamente personal o doméstico, y aquellos que circulan internamente, esto es, que no se suministran a otras personas jurídicas o naturales.

Artículo 3°. *Definiciones.* Para los efectos de la presente ley se entiende por:

Definiciones en relación con los destinatarios de la presente ley

a) **Titular de la Información:** Es la persona natural o jurídica, a quien se refiere la información que reposa en un banco de datos y sujeto del derecho de Hábeas Data y demás derechos y garantías a que se refiere la presente ley;

b) **Fuente de información:** Es la persona, entidad u organización que recibe o conoce datos personales de los titulares de la información, en virtud de una relación comercial o de servicio o de cualquier otra índole, y que, en razón de autorización legal o del titular, suministra esos datos a un operador de información, el que, a su vez, los entregará al usuario final. Si la fuente entrega la información directamente a los usuarios, y no a través de un operador, aquella tendrá la doble condición de fuente y operador y asumirá los deberes y responsabilidades de ambos. La fuente de la información responde por la calidad de los datos suministrados al operador, la cual, en cuanto tiene acceso y suministra información personal de terceros, se sujeta al cumplimiento de los deberes y responsabilidades previstos para garantizar la protección de los derechos del titular de los datos;

c) **Operador de información:** Se denomina operador de información a la persona, entidad u organización que recibe de la fuente datos personales sobre varios titulares de la información, los administra y los

⁵ URIBE VÉLEZ, Álvaro. Página de Internet de Presidencia de la República, marzo 9 de 2006.

pone en conocimiento de los usuarios, bajo los parámetros de la presente ley. Por tanto, el operador, en cuanto tiene acceso a información personal de terceros, se sujeta al cumplimiento de los deberes y responsabilidades previstos para garantizar la protección de los derechos del titular de los datos. Salvo que el operador sea la misma fuente de la información, este no tiene relación comercial o de servicio con el titular y, por ende, no es responsable por la calidad de los datos que le sean suministrados por la fuente;

d) **Usuario:** El usuario es la persona natural o jurídica que, en los términos y circunstancias previstos en la presente ley, puede acceder a información personal de uno o varios titulares de la información, suministrada por el operador o por la fuente, o directamente por el titular de la información. El usuario, en cuanto tiene acceso a información personal de terceros, se sujeta al cumplimiento de los deberes y responsabilidades previstos para garantizar la protección de los derechos del titular de los datos. En el caso en que el usuario a su vez entregue la información directamente a un operador, aquella tendrá la doble condición de usuario y fuente y asumirá los deberes y responsabilidades de ambos.

Definiciones en relación con las actividades que se regulan por la presente ley

e) **Administración de información:** Comprende la realización de una o varias de las siguientes actividades: recolección, suministro, tratamiento, circulación y uso de la información y todas aquellas actividades relacionadas directamente con el manejo de la información, en los términos de la presente ley;

f) **Recolección de información:** Es la actividad realizada por la fuente o el operador según sea el caso, consistente en la recepción y el levantamiento físico o electrónico de la información a que se refiere esta ley;

g) **Suministro:** Es la actividad realizada por la fuente consistente en la entrega de la información al operador;

h) **Tratamiento de la información:** Es la actividad realizada por el operador de un banco de datos que consiste en procesar los datos, manual o electrónicamente, almacenándolos, agrupándolos o relacionándolos;

i) **Circulación de información:** Es la actividad que comprende la entrega de datos por parte de los operadores de los bancos de datos a los usuarios de la misma;

j) **Uso de la Información:** Es la utilización de la información a que se refiere esta ley por parte de los usuarios.

Definiciones en relación con la clasificación de los datos según su naturaleza

k) **Dato personal:** Es cualquier pieza de información vinculada a una o varias personas determinadas o determinables o que puedan asociarse con una persona natural o jurídica. Los datos impersonales no se sujetan al régimen de protección de datos de la presente ley. Cuando en la presente ley se haga referencia a un dato, se presume que se trata de uno personal. Los datos personales pueden ser públicos, semiprivados o privados;

l) **Dato público.** Es el dato calificado como tal según los mandatos de la ley o de la Constitución Política y todos aquellos que no sean semiprivados o privados, de conformidad con la presente ley. Son públicos, entre otros, los datos contenidos en documentos públicos, sentencias judiciales debidamente ejecutoriadas, que no estén sometidos a reserva y los relativos al estado civil de las personas. La administración de información pública no requiere autorización del titular de los datos, pero se sujeta al cumplimiento de los principios de la administración de datos personales y a las demás disposiciones de la misma;

m) **Dato semiprivado:** Es semiprivado el dato que no tiene naturaleza íntima o reservada, ni pública y cuyo conocimiento o divulgación puede interesar no sólo a su titular, sino a cierto sector o grupo de personas o a la sociedad en general, como el dato financiero y crediticio a que se refiere el Título IV de la presente ley. La administración de datos semiprivados está permitida sin necesidad de autorización del titular, pero se sujeta al cumplimiento de los principios de la administración de datos personales y a las demás disposiciones de la presente ley, en cuanto le sean aplicables;

n) **Dato privado:** Es el dato que por su contenido o su naturaleza sólo es relevante para el titular y no puede ser suministrado a terceros o usuarios, sino con su previa autorización. Son datos privados los datos sensibles y los datos íntimos. No podrá divulgarse o suministrarse un dato privado sin el consentimiento previo del titular, salvo las excepciones previstas en la ley.

Artículo 4°. *Principios de la administración de datos.* En el desarrollo, interpretación y aplicación de la presente ley, se tendrán en cuenta, de manera armónica e integral, los principios que a continuación se establecen:

Principios generales

a) **Principio de veracidad o calidad de los registros o datos:** La información contenida en los bancos de datos debe ser veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible. Se prohíbe el registro y divulgación de datos parciales, incompletos o fraccionados o que induzcan a error;

b) **Principio de finalidad:** La administración de datos personales debe obedecer a una finalidad legítima de acuerdo con la Constitución y la ley. La finalidad debe informarse al titular de la información previa o concomitantemente con el otorgamiento de la autorización, cuando ella sea necesaria, o en general, siempre que el titular solicite información al respecto;

c) **Principio de circulación restringida:** La administración de datos personales se sujeta a los límites que se derivan de la naturaleza de los datos, de las disposiciones de la presente ley y los principios de la administración de datos personales, especialmente de los principios de temporalidad de la información y la finalidad del banco de datos;

d) Los datos personales, salvo la información pública, no podrán ser accesibles por Internet o por otros medios de divulgación o comunicación masiva, salvo que el acceso sea técnicamente controlable para brindar un conocimiento restringido sólo a los titulares o los usuarios autorizados conforme a la presente ley;

e) **Principio de temporalidad de la información:** La información del titular no podrá ser suministrada a usuarios o terceros cuando deje de servir para la finalidad del banco de datos. Se prohíbe la circulación o suministro de los datos después que han desaparecido las causas que justificaron su acopio y administración. La ley podrá establecer términos de permanencia específicos para los diferentes tipos de datos;

f) **Principio de interpretación integral de derechos constitucionales:** La presente ley se interpretará en el sentido en que se amparen adecuadamente los derechos constitucionales, como son el Hábeas Data, el derecho al buen nombre, el derecho a la honra, el derecho a la intimidad y el derecho a la información. Los derechos de los titulares se interpretarán en armonía y en un plano de equilibrio con el derecho a la información previsto en el artículo 20 de la Constitución y con los demás derechos constitucionales aplicables;

g) **Principio de seguridad:** La información que conforma los registros individuales constitutivos de los bancos de datos a que se refiere la

ley, así como la resultante de las consultas que de ella hagan sus usuarios, se deberá manejar con las medidas técnicas que sean necesarias para garantizar la seguridad de los registros, evitando su adulteración, pérdida, consulta o uso no autorizado;

h) Principio de confidencialidad: Todas las personas naturales o jurídicas que intervengan en la administración de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos, están obligadas en todo tiempo a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende la administración de datos, pudiendo sólo realizar suministro o comunicación de datos cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la presente ley y en los términos de la misma.

Artículo 5°. Circulación de información. La información personal recolectada o suministrada de conformidad con lo dispuesto en la ley a los operadores que haga parte del banco de datos que administra podrá ser entregada de manera verbal o escrita, o puesta a disposición de las siguientes personas y en los siguientes términos:

a) A los titulares, a las personas debidamente autorizadas por estos y a sus causahabientes, mediante el procedimiento de consulta previsto en la presente ley;

b) A los usuarios de la información, dentro de los parámetros de la presente ley;

c) A cualquier autoridad judicial, previa orden judicial;

d) A las entidades públicas del poder ejecutivo, cuando el conocimiento de dicha información corresponda directamente al cumplimiento de alguna de sus funciones;

e) A los órganos de control y demás dependencias de investigación disciplinaria, fiscal, o administrativa, cuando la información sea necesaria para el desarrollo de una investigación en curso;

f) A otros operadores de datos, cuando se cuente con autorización del titular, o cuando sin ser necesaria la autorización del titular el banco de datos de destino tenga la misma finalidad o una finalidad que comprenda la que tiene el operador que entrega los datos. Si el receptor de la información fuere un banco de datos extranjero, la entrega sin autorización del titular sólo podrá realizarse dejando constancia escrita de la entrega de la información y previa verificación por parte del operador de que las leyes del país respectivo, y/o el receptor otorgan garantías análogas a las que se establecen en la presente ley para la protección de los derechos del titular;

g) A otras personas autorizadas por la ley.

TITULO II

DERECHOS DE LOS TITULARES DE INFORMACION

Artículo 6°. Derechos de los titulares de la información. Los titulares tendrán los siguientes derechos:

1. Frente a los operadores de los bancos de datos:

1.1 Ejercer el derecho fundamental al Hábeas Data en los términos de la presente ley, mediante la utilización de los procedimientos de consultas o reclamos, sin perjuicio de los demás mecanismos constitucionales y legales.

1.2 Solicitar el respeto y la protección de los demás derechos constitucionales o legales, así como de las demás disposiciones de la presente ley, mediante la utilización del procedimiento de reclamos.

1.3 Solicitar prueba de la certificación de la existencia de la autorización expedida por la fuente o por el usuario.

1.4 Solicitar información acerca de los usuarios autorizados para obtener información.

Parágrafo. Para la realización de cualquiera de las actividades que comprende la administración de datos personales, se requiere el consentimiento previo y expreso del titular de los datos, salvo en el caso del dato público y del dato financiero y crediticio, el cual no requiere autorización del titular.

2. Frente a las fuentes de la información:

2.1 Ejercer el derecho fundamental al Hábeas Data, cuyo cumplimiento se podrá realizar a través de los operadores, conforme lo previsto en los procedimientos de consultas y reclamos, sin perjuicio de los demás mecanismos constitucionales o legales.

2.2 Solicitar información o pedir la actualización o rectificación de los datos contenidos en la base de datos, lo cual realizará el operador, con base en la información aportada por la fuente, conforme se establece en el procedimiento para consultas y reclamos.

2.3 Solicitar prueba de la autorización, cuando dicha autorización sea requerida conforme lo previsto en la presente ley.

3. Frente a los usuarios:

3.1 Solicitar información sobre la utilización que el usuario le está dando a la información, cuando dicha información no hubiere sido suministrada por el operador.

3.2 Solicitar prueba de la autorización, cuando ella sea requerida conforme lo previsto en la presente ley.

Parágrafo. Los titulares de información financiera y crediticia tendrán adicionalmente los siguientes derechos:

1. Podrán acudir ante la autoridad de vigilancia para presentar quejas contra las fuentes, operadores o usuarios por violación de las normas sobre administración de la información financiera y crediticia.

2. Así mismo, pueden acudir ante la autoridad de vigilancia para pretender que se ordene a un operador o fuente la corrección o actualización de sus datos personales, cuando ello sea procedente conforme lo establecido en la presente ley.

TITULO III

DEBERES DE LOS OPERADORES, LAS FUENTES

Y LOS USUARIOS DE INFORMACION

Artículo 7°. Deberes de los operadores de los bancos de datos. Sin perjuicio del cumplimiento de las demás disposiciones contenidas en la presente ley y otras que rijan su actividad, los operadores de los bancos de datos están obligados a:

1. Garantizar en todo tiempo al titular de la información, el pleno y efectivo ejercicio del derecho de Hábeas Data, es decir, la posibilidad de conocer la información que sobre él exista o repose en el banco de datos, y solicitar la actualización o corrección de datos, todo lo cual se realizará por conducto de los mecanismos de consultas o reclamos, conforme lo previsto en la presente ley.

2. Garantizar que, en la recolección, tratamiento y circulación de datos, se respetarán los demás derechos consagrados en la ley.

3. Permitir el acceso a la información únicamente a los titulares de la misma, a las personas autorizadas por estos, o sus causahabientes, usuarios, personal autorizado por el respectivo operador del banco de datos y a las autoridades en ejercicio de sus funciones legales o constitucionales, conforme lo previsto en la presente ley.

4. Adoptar un manual interno de políticas y procedimientos para garantizar el adecuado cumplimiento de la presente ley y, en especial, para la atención de consultas y reclamos por parte de los titulares.

5. Solicitar la certificación a la fuente de la existencia de la autorización otorgada por el titular, cuando dicha autorización sea necesaria, conforme lo previsto en la presente ley.

6. Conservar con las debidas seguridades los registros almacenados para impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento.

7. Realizar periódica y oportunamente la actualización y rectificación de los datos, cada vez que le reporten novedades las fuentes, en los términos de la presente ley.

8. Tramitar las consultas y los reclamos formulados por los titulares de la información, en los términos señalados en la presente ley.

9. Indicar en el respectivo registro individual que determinada información se encuentra en discusión por parte de su titular, cuando se haya presentado la solicitud de rectificación o actualización de la misma y no haya finalizado dicho trámite, en la forma en que se regula en la presente ley.

10. Circular la información a los usuarios dentro de los parámetros de la presente ley.

11. Cumplir las instrucciones y requerimientos que la autoridad de vigilancia imparta en relación con el cumplimiento de la presente ley.

12. Los demás que se deriven de la Constitución o de la presente ley.

Artículo 8°. *Deberes de las fuentes de la información.* Las fuentes de la información deberán cumplir las siguientes obligaciones, sin perjuicio del cumplimiento de las demás disposiciones previstas en la presente ley y en otras que rijan su actividad:

1. Garantizar que la información que se suministre a los operadores de los bancos de datos o a los usuarios sea veraz, completa, exacta, actualizada y comprobable.

2. Reportar de forma periódica y oportuna al operador, todas las novedades respecto de los datos que previamente le haya suministrado y adoptar las demás medidas necesarias para que la información suministrada a este se mantenga actualizada.

3. Rectificar la información cuando sea incorrecta e informar lo pertinente a los operadores.

4. Diseñar e implementar mecanismos eficaces para reportar oportunamente la información al operador.

5. Solicitar en las condiciones previstas en la presente ley, y conservar copia o evidencia de la respectiva autorización otorgada por los titulares de la información, y asegurarse de no suministrar a los operadores ningún dato cuyo suministro no esté previamente autorizado, cuando dicha autorización sea necesaria, de conformidad con lo previsto en la presente ley.

6. Certificar semestralmente al operador que la información suministrada cuenta con la autorización de conformidad con lo previsto en la presente ley.

7. Resolver los reclamos del titular en la forma en que se regula en la presente ley.

8. Informar al operador que determinada información se encuentra en discusión por parte de su titular, cuando se haya presentado la solicitud de rectificación o actualización de la misma, con el fin de que el

operador incluya en el banco de datos una mención en ese sentido hasta que se haya finalizado dicho trámite.

9. Cumplir con las instrucciones que imparta la autoridad de control en relación con el cumplimiento de la presente ley.

10. Los demás que se deriven de la Constitución o de la presente ley.

Artículo 9°. *Deberes de los usuarios.* Sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley y demás que rijan su actividad, los usuarios de la información deberán:

1. Guardar reserva sobre la información que les sea suministrada por los operadores de los bancos de datos, por las fuentes o los titulares de la información y utilizar la información únicamente para los fines para los que le fue entregada, en los términos de la presente ley.

2. Informar a los titulares, a su solicitud, sobre la utilización que le está dando a la información.

3. Conservar con las debidas seguridades la información recibida para impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento.

4. Cumplir con las instrucciones que imparta la autoridad de control, en relación con el cumplimiento de la presente ley.

5. Los demás que se deriven de la Constitución o de la presente ley.

TITULO IV

DE LOS BANCOS DE DATOS DE INFORMACION FINANCIERA Y CREDITICIA

Artículo 10. Definición. Para todos los efectos de la presente ley se entenderá por información financiera y crediticia, la información referida a:

1. La apertura, ejecución y cancelación de obligaciones monetarias.

2. Los hábitos de pago y el manejo del crédito.

3. El manejo de cuentas y otros servicios financieros.

4. La relativa a cualquier forma de financiación, amortización o pago por instalamentos de obligaciones monetarias, sea esta realizada por entidades financieras o por empresas o establecimientos comerciales o del sector real de la economía.

5. Los vencimientos de plazos y las formas de pago.

6. La estructura de planes o programas de pago.

7. Referencias comerciales y financieras.

8. Cualquier otra información relacionada con las actividades mencionadas en los numerales anteriores.

Haciendo cumplimiento del artículo tal de la Ley 5ª y según lo expuesto en la exposición de motivos, ponemos a consideración de los miembros de la honorable comisión las dos redacciones de este artículo:

Redacción propuesta por los honorables Representantes Luis Fernando Velasco, Dixon Tabasco y José Luis Arcila:

Artículo 11. *Principio de favorecimiento a una actividad de interés público.* La actividad de administración de información financiera y crediticia está directamente relacionada y favorece una actividad de interés público, como lo es la actividad financiera propiamente, por cuanto ayuda a la democratización del crédito, promueve el desarrollo de la actividad de crédito, la protección de la confianza pública en el

sistema financiero y la estabilidad del mismo, y genera otros beneficios para la economía nacional y en especial para la actividad financiera y crediticia del país.

Parágrafo 1°. La administración de información financiera y crediticia por parte de fuentes, usuarios y operadores deberá realizarse de forma que permita favorecer los fines de expansión y democratización del crédito. Los usuarios de este tipo de información deberán valorar este tipo de información en forma concurrente con otros factores o elementos de juicio que técnicamente inciden en el estudio de riesgo y el análisis crediticio, y no podrán basarse exclusivamente en la información relativa al incumplimiento de obligaciones suministrada por los operadores para adoptar decisiones frente a solicitudes de crédito.

La Superintendencia Financiera de Colombia podrá imponer las sanciones previstas en la presente ley a los usuarios de la información que nieguen una solicitud de crédito basados exclusivamente en el reporte de información negativa del solicitante.

Parágrafo 2°. La consulta por parte de los titulares de la información, así como la actualización y corrección de los datos errados, incompletos o desactualizados será gratuita.

Redacción propuesta por los honorables Representantes Jaime Amín, Telésforo Pedraza y Jorge Luis Caballero:

Artículo 11. *Principio de favorecimiento a una actividad de interés público.* La actividad de administración de información financiera y crediticia está directamente relacionada y favorece una actividad de interés público, como lo es la actividad financiera propiamente, por cuanto ayuda a la democratización del crédito, promueve el desarrollo de la actividad de crédito, la protección de la confianza pública en el sistema financiero y la estabilidad del mismo, y genera otros beneficios para la economía nacional y en especial para la actividad financiera y crediticia del país.

Parágrafo 1°. La administración de información financiera y crediticia por parte de fuentes, usuarios y operadores deberá realizarse de forma que permita favorecer los fines de expansión y democratización del crédito. Los usuarios de este tipo de información deberán valorar este tipo de información en forma concurrente con otros factores o elementos de juicio que técnicamente inciden en el estudio de riesgo y el análisis crediticio, y no podrán basarse exclusivamente en la información relativa al incumplimiento de obligaciones suministrada por los operadores para adoptar decisiones frente a solicitudes de crédito.

La Superintendencia Financiera de Colombia podrá imponer las sanciones previstas en la presente ley a los usuarios de la información que nieguen una solicitud de crédito basados exclusivamente en el reporte de información negativa del solicitante.

Parágrafo 2°. La consulta de información financiera y crediticia por parte del titular será gratuita por lo menos una vez al año, o cuando un usuario hubiere consultado el registro en el curso de una solicitud de crédito en los últimos treinta (30) días. Las políticas o manuales internos del operador desarrollarán la presente disposición.

Artículo 12. *Requisitos especiales para operadores.* Los operadores de bancos de datos de información financiera y crediticia que funcionan como entes independientes a las fuentes de la información, deberán cumplir con los siguientes requisitos especiales de funcionamiento:

1. Deberán constituirse como sociedades comerciales, entidades sin ánimo de lucro, o entidades cooperativas.
2. Deberán contar con un área de servicio al titular de la información, para la atención de consultas y reclamos.

3. Deberán contar con un sistema de seguridad y con las demás condiciones técnicas suficientes para garantizar la seguridad y actualización de los registros, evitando su adulteración, pérdida, consulta o uso no autorizado conforme lo previsto en la presente ley.

4. Deberán actualizar la información reportada por las fuentes con una periodicidad no superior a diez (10) días calendario contados a partir del recibo de la misma.

Redacción propuesta por los honorables Representantes Luis Fernando Velasco, Dixon Tabasco y José Luis Arcila:

Artículo 13. *Requisitos especiales para fuentes.* Las fuentes deberán actualizar mensualmente la información suministrada al operador, sin perjuicio de lo dispuesto en el Título III de la presente ley.

El reporte de información negativa sobre el incumplimiento de las obligaciones de cualquier naturaleza, que hagan las fuentes de información a los operadores de bancos de datos de información financiera y crediticia, sólo procederá previa comunicación al titular de la información, con el fin de que este pueda demostrar o efectuar el pago de la obligación, así como controvertir aspectos tales como el monto de la obligación o cuota y la fecha de exigibilidad.

En todo caso, las fuentes de información podrán efectuar el reporte de la información dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de recibo de la comunicación en la última dirección de domicilio del afectado que se encuentre registrada en los archivos de la fuente de la información y sin perjuicio, si es el caso, de dar cumplimiento a la obligación de informar al operador, que la información se encuentra en discusión por parte de su titular, cuando se haya presentado solicitud de rectificación o actualización y esta aún no haya sido resuelta.

Redacción propuesta por los honorables Representantes Jaime Amín, Telésforo Pedraza y Jorge Luis Caballero.

Artículo 13. *Requisitos especiales para fuentes.* Las fuentes deberán actualizar mensualmente la información suministrada al operador, sin perjuicio de lo dispuesto en el Título III de la presente ley.

Artículo 14. *Permanencia de la información.* La información de carácter positivo podrá permanecer de manera indefinida en los bancos de datos de los operadores de información.

Los datos cuyo contenido haga referencia al tiempo de mora, tipo de cobro, estado de la cartera y, en general, aquellos datos referentes a una situación de incumplimiento de obligaciones, se registrarán por un término máximo de permanencia, vencido el cual deberá ser retirada de los bancos de datos por el operador, de forma que los usuarios no puedan acceder o consultar dicha información. El término de permanencia de esta información será de cinco (5) años contados a partir de la fecha en que se extinga la obligación vencida.

Redacción propuesta por los Honorables Representantes Luis Fernando Velasco, Dixon Tapasco, José Luis Arcila

Artículo 15. Contenido de la información. El Gobierno Nacional establecerá la forma en la cual los bancos de datos de información financiera y crediticia deberán presentar la información de los titulares de la información. Para tal efecto, deberá señalar un formato que permita identificar, entre otros aspectos, el nombre completo del deudor, la condición en que actúa, esto es, como deudor principal, deudor solidario, abalista o fiador, el monto de la obligación o cuota(s) vencida el tiempo de mora y la fecha del pago, si es del caso, el hecho de que el titular ha realizado un pago, y si este fue voluntario o por causa de un cobro judicial.

Así mismo, el reporte deberá establecer en caracteres ampliamente destacados que las personas naturales y jurídicas que hayan realizado la cancelación de sus cuotas u obligaciones vencidas de manera voluntaria, tienen un reporte de información positiva. El incumplimiento de la obligación aquí prevista dará lugar a la imposición de las máximas sanciones previstas en la presente ley.

Parágrafo 1°. Para los efectos de la presente ley se entiende que una obligación ha sido voluntariamente pagada, cuando su pago se ha producido sin que medie sentencia judicial que así lo ordene.

Parágrafo 2°. Las consecuencias previstas en el presente artículo para el pago voluntario de las obligaciones vencidas, será predicable para cualquier otro modo de extinción de las obligaciones, que no sea resultado de una sentencia judicial.

Parágrafo 3°. Se prohíbe la administración de datos personales con información exclusivamente desfavorable.

Redacción propuesta por los honorables Representantes Jaime Amín, Telésforo Pedraza y Jorge Luis Caballero.

Artículo 15. Los Bancos de datos de información financiera y crediticia deberán presentar la información de forma clara, sencilla, en caracteres ampliamente destacados, en un formato que tenga como mínimo los siguientes campos: El nombre completo del deudor, el número de su documento de identidad, la fuente de la información, el estado actual de la(s) obligación(es), el monto de la(s) obligación(es) o cuota(s) vencida(s), el tiempo de la mora y la fecha de pago, si es el caso, el hecho de que el titular ha realizado un pago y si este fue voluntario o por causa de un cobro judicial. Igualmente se deberá señalar expresamente la condición en que actúa el deudor, esto es, como deudor principal, deudor solidario, avalista o fiador.

Así mismo, el reporte deberá establecer en caracteres ampliamente destacados que las personas naturales y jurídicas que hayan realizado la cancelación de sus cuotas u obligaciones vencidas de manera voluntaria, tiene un reporte de información positiva. El incumplimiento de la obligación aquí prevista dará lugar a la imposición de las máximas sanciones previstas en la presente ley.

Parágrafo 1°. Para los efectos de la presente ley se entiende que una obligación ha sido voluntariamente pagada, cuando su pago se ha producido sin que medie sentencia judicial que así lo ordene.

Parágrafo 2°. Las consecuencias previstas en el presente artículo para el pago voluntario de las obligaciones vencidas, será predicable para cualquier otro modo de extinción de las obligaciones, que no sea resultado de una sentencia judicial.

Parágrafo 3°. Se prohíbe la administración de datos personales con información exclusivamente desfavorable.

Artículo 16. Naturaleza. La información financiera y crediticia, se considera para todos los efectos de la presente ley como información semiprivada, conforme lo establecido en el artículo 3°.

TITULO V

DE LAS CONSULTAS Y RECLAMOS

Artículo 17. *Consultas y Reclamos.*

1. **Trámite de consultas.** Los titulares de la información o sus causahabientes podrán consultar la información personal del titular, que repose en cualquier banco de datos, sea este del sector público o privado. El operador deberá suministrar a estos, debidamente identificados, toda la información contenida en el registro individual o que esté vinculada con la identificación del titular.

La consulta de información se formulará verbalmente, por escrito, o por cualquier canal de comunicación, siempre y cuando se mantenga evidencia de la consulta por medios técnicos.

La consulta será atendida en un término máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de recibo de la misma. Cuando no fuere posible atender la consulta dentro de dicho término, se informará al interesado, expresando los motivos de la demora y señalando la fecha en que se atenderá su petición, la cual en ningún caso podrá superar los cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento del primer término.

Parágrafo. La consulta se deberá atender de fondo, suministrando integralmente toda la información solicitada.

2. **Trámite de reclamos.** Los titulares de la información o sus causahabientes que consideren que la información contenida en su registro individual en un banco de datos debe ser objeto de corrección o actualización podrán presentar un reclamo ante el operador, el cual será tramitado bajo las siguientes reglas:

1. El reclamo se formulará mediante escrito dirigido al operador del banco de datos, con la identificación del titular, la descripción de los hechos que dan lugar al reclamo y, si fuere el caso, acompañando los documentos de soporte que se quieran hacer valer. En caso de que el escrito resulte incompleto, se deberá oficiar al interesado para que subsane las fallas. Transcurrido un mes desde la fecha del requerimiento, sin que el solicitante presente la información requerida, se entenderá que ha desistido de la reclamación.

2. Una vez recibido el reclamo completo el operador incluirá en el registro individual en un término no mayor a dos (2) días una leyenda que diga "reclamo en trámite" y la naturaleza del mismo. Dicha información deberá mantenerse hasta que el reclamo sea decidido y deberá incluirse en la información que se suministra a los usuarios.

3. El término máximo para atender el reclamo será de quince (15) días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de su recibo. Cuando no fuere posible atender la petición dentro de dicho término, se informará al interesado, expresando los motivos de la demora y señalando la fecha en que se atenderá su petición, la cual en ningún caso podrá superar los ocho (8) días hábiles siguientes al vencimiento del primer término.

4. En los casos en que exista una fuente de información independiente del operador, este último deberá dar traslado del reclamo a la fuente en un término máximo de dos (2) días hábiles, la cual deberá resolver e informar la respuesta al operador en un plazo máximo de diez (10) días hábiles. En todo caso, la respuesta deberá darse al titular por el operador en el término máximo de quince (15) días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de presentación de la reclamación, prorrogables por ocho (8) días más, según lo indicado en el numeral anterior. Si el reclamo es presentado ante la fuente, esta procederá a resolver directamente el reclamo, pero deberá informar al operador sobre la recepción del reclamo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a su recibo, de forma que se pueda dar cumplimiento a la obligación de incluir la leyenda que diga "reclamo en trámite" y la naturaleza del mismo dentro del registro individual, lo cual deberá hacer el operador dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a haber recibido la información de la fuente.

5. Para dar respuesta al reclamo, el operador o la fuente, según sea el caso, deberá realizar una verificación completa de las observaciones o planteamientos del titular, asegurándose de revisar toda la información pertinente para poder dar una respuesta completa al titular.

TITULO VI

VIGILANCIA DE LOS DESTINATARIOS DE LA LEY

Artículo 18. Función de vigilancia. La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá la función de vigilancia de los operadores, las fuentes y los usuarios de información financiera y crediticia, en cuanto se refiere a la actividad de administración de datos personales que se regula en la presente ley.

En los casos en que la fuente, usuario u operador de información sea una entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, esta ejercerá la vigilancia e impondrá las sanciones correspondientes, de conformidad con las facultades que le son propias, según lo establecido en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y las demás normas pertinentes y las establecidas en la presente ley.

Para el ejercicio de la función de vigilancia a que se refiere el presente artículo, la Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia Financiera de Colombia, según el caso, tendrán en adición a las propias las siguientes facultades:

1. Impartir instrucciones sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones de la presente ley relacionadas con la administración de la información financiera y crediticia, fijar los criterios que faciliten su cumplimiento y señalar procedimientos para su cabal aplicación.

2. Velar por el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley, de las normas que la reglamenten y de las instrucciones impartidas por la respectiva superintendencia.

3. Velar porque los operadores y fuentes cuenten con un sistema de seguridad y con las demás condiciones técnicas suficientes para garantizar la seguridad y actualización de los registros, evitando su adulteración, pérdida, consulta o uso no autorizado conforme lo previsto en la presente ley.

4. Ordenar a cargo del operador, la fuente o usuario la realización de auditorías externas de sistemas para verificar el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley.

5. Ordenar de oficio o a petición de parte la corrección, actualización o retiro de datos personales cuando ello sea procedente, conforme con lo establecido en la presente ley. Cuando sea a petición de parte, se deberá acreditar ante la Superintendencia que se surtió el trámite de un reclamo por los mismos hechos ante el operador o la fuente, y que el mismo no fue atendido o fue atendido desfavorablemente.

6. Iniciar de oficio o a petición de parte investigaciones administrativas contra los operadores, fuentes y usuarios de información financiera y crediticia, con el fin de establecer si existe responsabilidad administrativa derivada del incumplimiento de las disposiciones de la presente ley o de las órdenes o instrucciones impartidas por el organismo de vigilancia respectivo y, si es del caso, imponer sanciones u ordenar las medidas que resulten pertinentes.

Artículo 19. Sanciones. La Superintendencia de Industria y Comercio podrá imponer a los operadores, fuentes o usuarios de información financiera y crediticia, previas explicaciones de acuerdo con el procedimiento aplicable, sanciones pecuniarias hasta por el equivalente a trescientos (350) salarios mínimos mensuales legales vigentes al momento de la imposición de la sanción, por violación a la presente ley, normas que la reglamenten, así como por la inobservancia de las órdenes e instrucciones impartidas por dicha Superintendencia.

Artículo 20. Criterios para graduar las sanciones. Las sanciones por infracciones a que se refiere el artículo anterior, se graduarán atendiendo los siguientes criterios, en cuanto resulten aplicables:

a) La dimensión del daño o peligro a los intereses jurídicos tutelados por la presente ley;

b) El beneficio económico que se hubiere obtenido para el infractor o para terceros, por la comisión de la infracción, o el daño que tal infracción hubiere podido causar;

c) La reincidencia en la comisión de la infracción;

d) La resistencia, negativa u obstrucción a la acción investigadora o de vigilancia de la Superintendencia de Industria y Comercio;

e) La utilización de medios fraudulentos en la comisión de la infracción, o cuando se utiliza persona interpuesta para ocultarla o encubrir sus efectos;

f) El grado de prudencia y diligencia con que se hayan atendido los deberes o se hayan aplicado las normas legales pertinentes;

g) La renuencia o desacato a cumplir, con las órdenes impartidas por la Superintendencia de Industria y Comercio;

h) El reconocimiento o aceptación expresas que haga el investigado sobre la comisión de la infracción antes de la imposición de la sanción a que hubiere lugar.

Artículo 21. La Superintendencia de Industria y Comercio asumirá, seis (6) meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, las funciones aquí establecidas. En igual sentido la Superintendencia Financiera de Colombia asumirá las nuevas funciones establecidas en la presente ley seis (6) meses después de la entrada en vigencia. Para tales efectos, dentro de dicho término el Gobierno Nacional adoptará las medidas necesarias para adecuar la estructura de la Superintendencia de Industria y Comercio dotándola de la capacidad presupuestal y técnica necesaria para cumplir con dichas funciones.

TITULO VII

DE LAS DISPOSICIONES FINALES

Artículo 22. Régimen de transición. Para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente ley, las personas que a la fecha de su entrada en vigencia ejerzan alguna de las actividades aquí reguladas, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses para adecuar su funcionamiento a las disposiciones de la presente ley.

Artículo 23. Vigencia y derogatorias. Esta ley rige a partir de la fecha de publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los honorables Congresistas,

Jaime Amín Hernández, Luis Fernando Velasco, Telésforo Pedraza, Ponentes Coordinadores; Dixon Tabasco, José Luis Arcila, Jorge Luis Caballero, Ponentes.

Constancia

Por la urgente necesidad de reglamentar el manejo que las centrales de riesgo le están dando a la información financiera y crediticia de los colombianos, ponemos a consideración de los honorables miembros de la Comisión Primera este informe de ponencia que no es otra cosa que el resultado de la conciliación de dos proyectos de autores distintos pero que coincidían en tratar el tema de la definición de los posibles términos de permanencia de los datos financieros y crediticios que reposan en las centrales de riesgo o bancos de datos.

Por tratarse de un proyecto de ley estatutaria debe ser discutido y aprobado en una legislatura, por quedar poco tiempo para finalizar legislatura, cabe la posibilidad de que el proyecto se hunda por términos, razón por la cual dejo constancia de que seguiré defendiendo la iniciativa, y de no alcanzar a ser aprobado en esta legislatura me comprometo

a radicar en la próxima, un proyecto que reglamente las centrales de riesgo, para que la información no siga siendo manejada de forma discrecional y la caducidad de los datos negativos no perdure indefinidamente.

Luis Fernando Velasco Chaves,

Representante a la Cámara.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 46 DE 2004 SENADO, 219 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se le otorgan beneficios a las familias de los Héroes de la Nación y a los Veteranos de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones.

En cumplimiento a esta honrosa designación, me permito rendir ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 46 de 2004 de Senado, 219 de 2005 Cámara, *por medio de la cual se les otorgan beneficios a las familias de los Héroes de la Nación y a los Veteranos de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones.*

Marco Introductorio

El proyecto de ley en estudio fue presentado al Senado de la República por el honorable Senador Jairo Clopatofsky Ghisays, con el objetivo de complementar la Ley 913 del 2004, la cual se establece el día de los Héroes de la Nación y de sus familias.

Este proyecto contempla varios objetivos, el primero de ellos consiste en otorgarles algunos beneficios a las familias de los Héroes de la Nación.

Igualmente pretende crear un Consejo de Veteranos de la Fuerza Pública y de los Héroes de la Nación, que cuente con la participación de la sociedad civil como parte de la construcción de una política pública en esta materia.

La integración de este Consejo se conforma con la participación del Viceministro de Defensa, encargado de institutos descentralizados, quien lo presidirá, el Jefe del Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Militares o su delegado, el Subdirector General de la Policía Nacional o su delegado, el Jefe del Departamento D-1 del Estado Mayor Conjunto o su delegado, un delegado escogido entre los Veteranos de la Fuerza Pública quien ejercerá la secretaría técnica, un delegado escogido entre los beneficiarios de los Héroes de la Nación y tres (3) representantes de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que certifiquen trabajo con los grupos poblacionales beneficiarios de la presente ley de por lo menos dos (2) años.

El proyecto le impone a este Consejo de Veteranos el cumplimiento de labores de seguimiento, verificación, coordinación interinstitucional y promoción de programas y políticas.

Otra de las finalidades del proyecto, quizás la más importante, es la que consiste en el otorgamiento de algunos beneficios que propendan a mejorar la calidad de vida de los miembros de la Fuerza Pública afectados en la guerra y sus familias. Beneficios como la capacitación para el desempeño de otras labores distintas a la actividad militar y el acceso real a derechos fundamentales como la salud y la vivienda son contemplados en este caso en particular.

El proyecto dispone como beneficiarios de los beneficios otorgados por esta ley, al cónyuge o compañera permanente y a sus hijos o a falta de estos los padres o los hermanos, si fueren solteros, de los Héroes de la Nación.

En el articulado se establece que los beneficiarios de los Héroes de la Nación tendrán derecho a que los establecimientos oficiales de educación preescolar, básica, media y universitaria o técnica, incluido el Icetex, Sena, ESAP y Centros de Educación Especial, los acepten sin que tengan que pagar ninguna contraprestación.

Para acceder al beneficio anteriormente expuesto el articulado dispone que los interesados deban comprobar que pertenecen a los estratos sociales definidos como uno, dos o tres.

El proyecto en estudio también contempla que los particulares empleadores que vinculen laboralmente a los Veteranos de la Fuerza Pública, y a los beneficiarios de los Héroes de la Nación tendrán una serie de incentivos y garantías que están dispuestos en la Ley 361 de 1997, a saber:

“Artículo 24. Los particulares empleadores que vinculen laboralmente personas con limitación tendrán las siguientes garantías:

a) A que sean preferidos en igualdad de condiciones en los procesos de licitación, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados si estos tienen en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la presente ley debidamente certificadas por la oficina de trabajo de la respectiva zona y contratados por lo menos con anterioridad a un año; igualmente deberán mantenerse por un lapso igual al de la contratación;

b) Prelación en el otorgamiento de créditos subvenciones de organismos estatales, siempre y cuando estos se orienten al desarrollo de planes y programas que impliquen la participación activa y permanente de personas con limitación;

c) El Gobierno fijará las tasas arancelarias a la importación de maquinaria y equipo especialmente adoptados o destinados al manejo de personas con limitación. El Gobierno clasificará y definirá el tipo de equipos que se consideran cubiertos por el beneficiario.”

“Artículo 31. Los empleadores que ocupen trabajadores con limitación no inferior al 25% comprobada y que estén obligados a presentar declaración de renta y complementarios, tienen derecho a deducir de la renta el 200% del valor de los salarios y prestaciones sociales pagados durante el año o período gravable a los trabajadores con limitación, mientras esta subsista”.

El artículo 6° del proyecto exige que todas las entidades del Estado o particulares, para efectos de sus actividades de atención al público, incluyan en la fila preferencial para atención a las personas con algún tipo de discapacidad, movilidad reducida o adulto mayor y a los Veteranos de la Fuerza Pública.

También le impone al Ministerio de Defensa Nacional, la implementación y puesta en marcha de un programa de capacitación laboral que garantice la reincorporación de los Veteranos de la Fuerza Pública en áreas administrativas o técnicas dependiendo de su grado de discapacidad.

Dispone que las entidades del Estado de todo orden, prefieran en igualdad de condiciones, los productos, bienes y servicios que les sean ofrecidos por entidades sin ánimo de lucro constituidas por las familias de los Héroes de la Nación y los Veteranos de la Fuerza Pública, de conformidad con el artículo 30 de la Ley 361 de 1997.¹

En los concursos que se organicen para el ingreso al servicio público, el articulado dispone que deben ser admitidos en igualdad de

¹ “Artículo 30. Las entidades estatales de todo orden, preferirán en igualdad de condiciones, los productos, bienes y servicios que les sean ofrecidos por entidades sin ánimo de lucro constituidas por las personas con limitación.

Las entidades estatales que cuenten con conmutadores telefónicos, preferirán en igualdad de condiciones para su operación a personas con limitaciones diferentes a las auditivas debidamente capacitadas para el efecto.”

condiciones los Veteranos de la Fuerza Pública, y establece que en caso de presentarse un empate, se preferirá entre los elegibles a la persona con limitación, siempre y cuando el tipo o clase de limitación no resulte extremo incompatible o insuperable frente al trabajo ofrecido, luego de haberse agotado los medios posibles de capacitación, de conformidad con el artículo 27 de la Ley 361 de 1997.²

En la exposición de motivos se propone que el dinero o las incauciones de bienes de los infractores de la ley sirva para la aplicación de esta ley en beneficio de viudas, huérfanos y discapacitados, igualmente propone que con esos recursos se realicen diferentes programas de apoyo a la población objetivo de la ley.

Marco Constitucional

Es obligación del Estado Colombiano proporcionar en igualdad de condiciones la protección que requieran los ciudadanos menos favorecidos.

Así lo dispone el artículo 13 de la Constitución Política cuando establece que “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica” También señala esta disposición que “el Estado debe proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”.

Igualmente el artículo 42 de la Constitución al hablar de la familia como núcleo fundamental de la sociedad dispone que “*el Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia.*”

Las políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, también son obligación del Estado según lo dispone el artículo 47 de la Carta Política.

Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. Así lo establece el artículo 51 de la Constitución Nacional, la misma disposición establece que “*El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda.*”

El artículo 67 de nuestra Constitución indica que “*La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura.*”

El mismo artículo constitucional establece que “*El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación.*”

Análisis del proyecto

Este proyecto de ley se relaciona con varios de los principios establecidos en la Constitución Política de Colombia y es por esa razón de que se configura como un proyecto de especial importancia ya que hace referencia a los derechos fundamentales de las personas en nuestro territorio nacional pero especialmente a aquellas que se han sacrificado por la seguridad nacional y han sufrido los rigores de la guerra.

Por todo este trabajo y sacrificio, gracias a **la Ley de los Héroes de la Nación y sus familias** a estos valerosos soldados se les dio el merecido reconocimiento por su servicio a la patria.

Este proyecto impulsa el acceso a la educación y capacitación de estas personas, principio fundamental contemplado en la Constitución Política de Colombia, igualmente propone un mecanismo especial para que estas personas tengan un mejor acceso a la salud y a la vivienda.

Cuando el uniformado sufre en combate una discapacidad que lo saca del área de operaciones o del servicio, se encuentra limitado para el ejercicio de ciertas actividades y se encuentra totalmente fuera de lugar porque la institución lo ha capacitado para el combate o para ciertas operaciones de alto riesgo propias de la guerra.

El soldado que debe dejar su uniforme no tiene posibilidades para dedicarse a otras labores que no tengan relación con el combate y la vida militar.

Por esa razón es de vital importancia que el Estado asuma la responsabilidad que le impone la Constitución Nacional y capacite, proteja y valore a estas personas de tal manera que puedan desarrollarse en otras áreas productivas y logren satisfacer las necesidades de sus propias necesidades y las de sus familias con la altura que ambos merecen.

Muchos miembros de la fuerza pública han entregado sus vidas para mantener el orden y la seguridad nacional, en ese avatar han dejado viudas y huérfanos o padres y hermanos desconsolados, muchos de los cuales dependían del salario del uniformado. Es en estos momentos en los cuales se requiere la intervención del Estado.

Brigadier General (r) *Jaime Ernesto Canal Albán,*

Representante a la Cámara por el Valle del Cauca.

Proposición

Por las razones anteriormente expuestas, rindo ponencia positiva al Proyecto de ley número 46 del 2004 Senado, 219 de 2005 Cámara, por medio de la cual se le otorgan beneficios a las familias de los Héroes de la Nación y a los Veteranos de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones, para que surta primer debate en la Comisión Segunda de la Cámara de Representantes.

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

DECRETA:

Artículo 1°. Considérense Veteranos de la Fuerza Pública a los miembros de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional, distinguidos con el escalafón de “Reservistas de Honor”, que reúnen los requisitos contemplados en el artículo 1° de la Ley 14 de 1990 y en los Estatutos de Carrera correspondientes.

Artículo 2°. Considérense Héroes de la Nación a los miembros de la Fuerza Pública, DAS, CTI, Inpec, que encontrándose en actos del servicio y con ocasión del mismo, o en actos meritorios del servicio, por acción contra los grupos al margen de la ley, hayan perdido la vida.

Parágrafo. Para los efectos de esta ley se entiende por acciones distinguidas de valor o heroísmo, aquellas en las cuales sus protagonistas hayan participado directamente en operaciones militares o policiales y ellas expongan gravemente su vida e integridad física, lo cual debe ser determinado mediante informe motivado del respectivo Comandante de Fuerza.

Artículo 3°. Considérense como beneficiarios de los Héroes de la Nación al cónyuge o compañera permanente e hijos o a falta de estos los

² “Artículo 27. En los concursos que se organicen para el ingreso al servicio público, serán admitidas en igualdad de condiciones las personas con limitación, y si se llegare a presentar un empate, se preferirá entre los elegibles a la persona con limitación, siempre y cuando el tipo o clase de limitación no resulten extremo incompatible o insuperable frente al trabajo ofrecido, luego de haberse agotado todos los medios posibles de capacitación”.

padres o a falta de estos los hermanos, si fueren solteros, de los Héroes de la Nación, de conformidad con la definición prevista en el artículo anterior.

Artículo 4°. Los beneficiarios de los Héroes de la Nación tendrán derecho a que los establecimientos oficiales de educación preescolar, básica, media y universitaria o técnica, incluido el Icetex, Sena, ESAP y Centros de Educación Especial, los acepten sin que tengan que pagar ninguna contraprestación. Los establecimientos privados de educación preescolar, básica, media y universitaria o técnica y los Centros de Educación Especial, podrán destinar un cinco por ciento (5%) anualmente del total de su cupo, para ser otorgado en becas totales a los beneficiarios de la presente ley. De su cumplimiento velarán el Ministerio de Educación y el ICFES, quienes presentarán un informe anual del número de beneficiarios matriculados, al Consejo de Veteranos de la Fuerza Pública y Héroes de la Nación. Para acceder a este beneficio deberán comprobar que pertenecen a los estratos sociales definidos como uno, dos o tres.

Artículo 5°. Los particulares empleadores que vinculen laboralmente a los Veteranos de la Fuerza Pública, y a los beneficiarios de los Héroes de la Nación tendrán las siguientes garantías en concordancia con el artículo 24 y el artículo 31 de la Ley 361 de 1997:

a) A que sean preferidos bajo las condiciones de los procesos de licitación, adjudicación y celebración de contratos, sean estos públicos o privados si estos tienen en sus nóminas por lo menos un mínimo del 10% de sus empleados en las condiciones de discapacidad enunciadas en la presente ley debidamente certificadas por la oficina de trabajo de la respectiva zona y contratados por lo menos con anterioridad a un año; igualmente deberán mantenerse por un lapso igual al de la contratación;

b) Prelación en el otorgamiento de créditos subvenciones de organismos estatales, siempre y cuando estos se orienten al desarrollo de planes y programas que impliquen la participación activa y permanente de personas con limitación;

c) El Gobierno fijará las tasas arancelarias a la importación de maquinaria y equipo especialmente adoptados o destinados al manejo de personas con limitación. El Gobierno clasificará y definirá el tipo de equipos que se consideran cubiertos por el beneficiario;

d) Los empleadores que ocupen como trabajadores a los Veteranos de la Fuerza Pública con una discapacidad no inferior al 25% comprobada y que estén obligados a presentar declaración de renta y complementarios, tienen derecho a deducir de la renta el 200% del valor de los salarios y prestaciones sociales pagados durante el año o período gravable a los trabajadores con limitación, mientras esta subsista.

La cuota de aprendices que está obligado a contratar el empleador se disminuirá en un 50%, si los contratados por él son Veteranos de la Fuerza Pública con discapacidad comprobada no inferior al 25%.

Artículo 6°. Todas las entidades del Estado o particulares, para efectos de sus actividades de atención al público, incluirán en la fila preferencial para atención a las personas con algún tipo de discapacidad, movilidad reducida o adulto mayor a los Veteranos de la Fuerza Pública.

Artículo 7°. El Ministerio de Defensa Nacional, dispondrá de un programa de capacitación laboral que garantice la reincorporación de los Veteranos de la Fuerza Pública en áreas administrativas o técnicas dependiendo de su grado de discapacidad.

Las Direcciones de Bienestar Social de cada Fuerza Pública dispondrán los mecanismos necesarios para capacitar e impulsar como pequeños y medianos empresarios al personal que ostentando la distinción de

Veterano de la Fuerza Pública adquiera algún tipo de discapacidad que lo desvincule del servicio activo. Para el efecto establecerán los convenios que requieran con entidades públicas y/o privadas que fomenten esta actividad.

Artículo 8°. Las entidades del Estado de todo orden, preferirán en igualdad de condiciones, los productos, bienes y servicios que les sean ofrecidos por entidades sin ánimo de lucro constituidas por las familias de los Héroes de la Nación y los Veteranos de la Fuerza Pública, de conformidad con el artículo 30 de la Ley 361 de 1997.

Artículo 9°. En los concursos que se organicen para el ingreso al servicio público, serán admitidos en igualdad de condiciones los Veteranos de la Fuerza Pública, y si se llegare a presentar un empate, se preferirá entre los elegibles a la persona con limitación, siempre y cuando el tipo o clase de limitación no resulte extremo incompatible o insuperable frente al trabajo ofrecido, luego de haberse agotado los medios posibles de capacitación, de conformidad con el artículo 27 de la Ley 361 de 1997.

Artículo 10. Créase el Consejo de Veteranos de la Fuerza Pública y Héroes de la Nación, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, con la facultad de velar por el debido cumplimiento de las disposiciones establecidas en esta ley. En uso de esta competencia, deberá realizar las labores de seguimiento, verificación, coordinación interinstitucional y promoción de programas y políticas necesarias para llevar a cabo su función principal.

Parágrafo. Los Veteranos de la Fuerza Pública y los beneficiarios de los Héroes de la Nación serán inscritos ante el Consejo de Veteranos de la Fuerza Pública y Héroes de la Nación, el cual se encargará de conocer y estudiar cada caso inscrito para verificar su conformidad con las disposiciones de esta ley. Una vez admitidos como Veteranos de la Fuerza Pública o beneficiarios de un Héroe de la Nación, el Consejo les asignará un carné de identificación y los incluirá en una correspondiente base de datos. Los “Reservistas de Honor” automáticamente obtendrán el carné de Veteranos de la Fuerza Pública.

Artículo 11. El Consejo de Veteranos de la Fuerza Pública y Héroes de la Nación estará integrado por:

1. El Viceministro de Defensa, encargado de institutos descentralizados, quien lo presidirá.
2. El Jefe del Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Militares o su delegado.
3. El Subdirector General de la Policía Nacional o su delegado.
4. El Jefe del Departamento D-1 del Estado Mayor Conjunto o su delegado.
5. Un delegado escogido entre los Veteranos de la Fuerza Pública quien ejercerá la secretaría técnica.
6. Un delegado escogido entre los beneficiarios de los Héroes de la Nación.
7. Tres (3) representantes de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que certifiquen trabajo con los grupos poblacionales beneficiarios de la presente ley de por lo menos dos (2) años.

Parágrafo 1°. Los tres (3) representantes de las organizaciones no gubernamentales serán designados por los miembros de las mismas organizaciones en un proceso de selección determinado por ellas mismas.

Parágrafo 2°. El Consejo de Veteranos de la Fuerza Pública y Héroes de la Nación deberá reunirse de manera ordinaria cada dos (2) meses. Podrá reunirse de manera extraordinaria, a discreción de su presidente,

previa convocatoria escrita, la cual será enviada con no menos de 72 horas de anticipación.

Artículo 12. El Ministerio de Defensa Nacional dispondrá de tres (3) meses contados a partir de la fecha de su promulgación de esta ley, para expedir la reglamentación necesaria para la aplicación de la presente ley.

Artículo 13. La presente ley rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas aquellas disposiciones que le sean contrarias.

Brigadier General (R.) *Jaime Ernesto Canal Albán*,

Representante a la Cámara por el Valle del Cauca.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004 SENADO

Y 179 DE 2005 CAMARA

por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política, y sus Proyectos Acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado.

Principios orientadores

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, regulado por la Ley 100 de 1993, con fundamento en los derechos y deberes de los ciudadanos consagrados en la Constitución Política.

El artículo 48 de la Carta establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, de tal manera que el Estado, con la participación de los particulares, amplíe progresivamente la cobertura de la Seguridad Social.

La Constitución también señala en el artículo 49, que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, como servicio público a cargo del Estado, el cual lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados. Los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Conforme al preámbulo de la Ley 100 de 1993, la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El artículo 162 de la Ley 100 de 1993 establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud creará las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001.

De igual manera, al reconocer a Colombia como un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria y descentralizada, la Carta faculta la autonomía de sus entidades territoriales, pero al mismo tiempo en su artículo 356 determina que la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación, de los departamentos,

distritos, y municipios y crea el Sistema General de Participaciones para efecto de atender los servicios a cargo de estos últimos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación. Adicionalmente, autoriza al Gobierno para reglamentar los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios, de acuerdo con las competencias que le asigne a cada una de estas entidades.

En lo relativo a la prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 definió que estas 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.

La participación ciudadana se constituyó, a partir de la Constitución de 1991, en una de las formas más referenciadas de la democracia de la sociedad colombiana. Tanto es así, que uno de los ejes del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido a partir de la Ley 100 de 1993 es el fortalecimiento y reiteración de representantes de la comunidad en todas las instancias decisorias del sistema. Y usualmente se invoca el artículo 270 de la Constitución, en el que se coloca a las formas y sistemas de participación ciudadana como instrumentos de vigilancia de la gestión pública.

Cobertura del aseguramiento

Desde 1993 con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, ha habido un considerable avance en los índices de cobertura de aseguramiento; cálculos del Ministerio de la Protección Social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2003, indican que aproximadamente el 62% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, de la cual 39% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 23% al Régimen Subsidiado. Sin embargo, es preocupante que alrededor del 38% de la población, aproximadamente 16 millones de personas, no se encuentran aseguradas en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que casi la mitad de los no asegurados son personas de los niveles más pobres.

Las consecuencias sociales de la falta de cobertura de aseguramiento han sido evaluadas en forma exhaustiva. Se ha encontrado que los problemas asociados a la falta de un seguro de salud no se limitan a los costos económicos ocasionados por un pobre estado de salud y sus consecuencias sobre el estado funcional y desarrollo de niños y adultos, sino que incluyen el impacto sobre la estabilidad económica y el bienestar psicosocial de las familias, además de las externalidades negativas sobre las instituciones, la economía local y la salud de la población que se generan en comunidades donde hay un gran número de individuos no asegurados. Esta evidencia soporta el planteamiento de que los principales esfuerzos del Gobierno Nacional se deben continuar dirigiendo a reducir el número de colombianos sin seguro de salud y lograr la cobertura universal, con particular énfasis en la población más pobre y vulnerable.

Además del riesgo financiero y de las barreras al acceso a los servicios de salud que implica la falta de un seguro para la población, no haber logrado la cobertura universal también genera grandes ineficiencias en el funcionamiento del SGSSS.

Primero, existe un sistema dual de subsidios a la oferta y a la demanda donde las responsabilidades de atención de la población son confusas y encontradas, que dificulta la planeación, gestión y vigilancia de los recursos lo cual implica una operación más costosa, y que genera iniquidades en el acceso a los servicios de salud. Segundo, conlleva a

que el esquema de aseguramiento existente funcione en condiciones subóptimas, ya que con el aseguramiento universal se podría obtener una mejor dispersión del riesgo en salud y del riesgo financiero, se reduciría el problema de selección adversa, y sería más claro que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población.

Los notables avances de la cobertura del régimen subsidiado durante los dos años se han debido gracias al incremento de los recursos disponibles para subsidios a la demanda resultantes de transformación de subsidios de oferta, de una mejor gestión de las fuentes de financiamiento existentes (por ejemplo: un mayor recaudo de los dineros provenientes de juegos y azar) y de esfuerzos por depurar las bases de datos de afiliación, con lo cual se ha calificado como no pobres o no necesitados de subsidio a personas que venían recibiendo subsidio. Esta depuración liberó un gran número de cupos disponibles.

Sin embargo, con esta tendencia de crecimiento en la afiliación la meta de cobertura universal en el Régimen Subsidiado podría tardar casi 10 años. Por las razones expuestas anteriormente se considera que el costo social y económico de continuar con la actual tendencia es grande, y se requiere la implementación de cambios legales a la organización y financiamiento del Régimen Subsidiado para cumplir con el mandato constitucional de universalidad.

Cabe advertir, sin embargo, que a pesar del crecimiento durante los primeros años de los aportes de solidaridad para el aseguramiento, se observa un peligroso estancamiento en ese componente de la financiación como consecuencia del decrecimiento del empleo durante los pasados años de recesión económica y la menor densidad salarial en la conformación de la estructura de empleo una vez superada la crisis. Por esta razón el crecimiento de la cobertura del aseguramiento se ha vuelto dependiente de la capacidad de aporte del Sistema General de Participaciones (SGP) y el desigual esfuerzo propio de las principales entidades territoriales. Esta situación hace vulnerable al sistema a los ingresos de la Nación, los cuales a su vez registran oscilaciones cíclicas, y constituye una barrera a los objetivos de equiparación y progresividad en la cobertura.

Fragilidad financiera del SGSSS

Los aumentos de los recursos del Sistema cada vez se cimentan sobre las transferencias presupuestales nacionales (específicamente para aseguramiento subsidiado y para cubrir a población pobre no carnetizada) y menos en los aportes de solidaridad directas del régimen contributivo. Ello debido a dos razones esenciales: la población con requerimientos de subsidio es más grande cada vez, pese a los esfuerzos de depurar las bases gruesas de pobreza; y en segundo lugar a que la base económica del contributivo es menor, bien porque la población con capacidad de pago crece a menor ritmo, y porque las bases de sus ingresos de cotización crecen aun menos, e incluso manifiestan síntomas depresivos.

La manifestación más marcada y progresiva que manifiesta el mercado laboral colombiano desde la década pasada es la de imponerse la contratación a término definido, sin vínculos contractuales laborales, con contratos civiles de prestación de servicios, incluso bajo modalidades de out sourcing y similares, por contratación directa o con intermediación de contratante (a la manera de Oficinas de Empleo). Así es que no más del 33% del empleo total del país hoy es asalariado con modalidades convencionales de compromisos obrero-patronales, en comparación a hace 15-20 años cuando la condición de asalariado formal explicaba cerca del 70% del mercado laboral del país.

En lo pertinente a los recaudos de la seguridad social, la nueva forma del mercado laboral determina una secular debilidad en la medida en que los contratantes literalmente quedan eximidos del aporte patro-

nal, pues el contratista (factor trabajo) debe certificar la totalidad de los aportes para formalizar la contratación. En la medida en que la totalidad de las cotizaciones se traduce en una proporción sumamente elevada del ingreso originado en el contrato, el contratista racionalmente intenta disminuir ese nivel, para afectar lo menos posible el ingreso personal disponible de ese contrato.

De modo pues que en estas circunstancias el contratante (antes empleador convencional) no es evasor pues recurre a los términos que le permite legítimamente la actual legislación laboral, ni el contratista (trabajador) es elusor porque acuerda con el contratante mecanismos con qué mejorar la escasa remuneración pactada en la respectiva contratación. Es equivocado, en consecuencia, la queja frecuente de distintos analistas que califican de delictiva a esta supuesta práctica de evasión y elusión, pues se amparan en la legislación laboral vigente.

Pero además, la progresiva contratación laboral con precarios pagos al trabajo, se traduce también en bajos niveles de densidad salarial sobre la que se hacen las cotizaciones a la seguridad social. Ello a su vez se traduce en bajos aportes de solidaridad del régimen contributivo, debilitando ese subsidio cruzado que se propuso originalmente la Ley 100. Y a su vez, la creciente contratación laboral en términos informales, y la creciente ocupación independiente en condiciones infralaborales, no permite niveles de ingreso suficientes para ser contributivos, lo que convierte a esta crecida población en beneficiarios de algún cotizante contributivo cuando la clasificación Sisbén no le permite ser sujetos del subsidio explícito, porque la estratificación lo califica por encima del nivel 3 pese a la precariedad o ausencia de ingresos. El resultado es que el gasto subsidiado del sistema no crece sólo por la condición explícita de pobre según Sisbén, sino por la precarización (desempleo, subempleo, entre otros) creciente de sectores medios amparados en el contributivo.

La búsqueda de soluciones tiene límites estrechos en estas condiciones. No es elevando cotizaciones, ni redistribuyendo recursos entre contributivo y subsidiado. En términos directos dentro del Sistema, debe resolverse aunque parcialmente la separación que se hizo de aportes mancomunados entre los factores económicos (capital, empresariado y trabajo), ante todo para vincular la financiación del SGSSS con los beneficios del crecimiento económico. Los mayores aportes deben originarse en sectores que obtienen beneficios económicos y financieros del sistema, y en segundo lugar los factores que configuran los mercados de todos los sectores económicos.

De allí nace la idea de establecer aportes o contribuciones de las ganancias logradas en actividades económicas vinculadas al SGSSS: Industria y comercio de medicamentos farmacéuticos, industria y proveedores de dotaciones clínico-hospitalarias, aportes de utilidades financieras netas de la intermediación en el mercado de aseguramiento que se interrelaciona con los servicios de salud.

Toda relación contractual, de naturaleza pública y privada, debe destinar por parte del contratante una partida proporcional para los aportes a la seguridad social. Esta se constituye en los aportes patronales que el Sistema establece a las nóminas convencionales en las que se resume el empleo formal.

Financiamiento y Gestión de los Recursos en el Régimen Subsidiado

La actual estructura de financiación de los subsidios a la demanda contempla diversas fuentes de ingreso, tales como el punto de cotización del Régimen Contributivo, los aportes del presupuesto nacional, los aportes de las Cajas de Compensación Familiar, los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda, y otros

recursos tales como los rendimientos financieros, excedentes de contratación, multas y reintegros. Por otro lado, están los recursos para la financiación de la oferta pública, que incluyen dineros del Sistema General de Participaciones para oferta y recursos de rentas cedidas destinados a la salud.

Esta estructura de financiamiento con múltiples fuentes dispersas lleva a que los procesos de contratación y pago de servicios del Régimen Subsidiado requieran un gran número de trámites, lo cual promueve retrasos en el flujo de los recursos, dificulta la vigilancia y el control del uso de los recursos y crea espacios para la corrupción. Adicionalmente, la separación de los recursos en componentes para financiar la oferta y la demanda, dificulta su gestión e incrementa los costos administrativos que debe asumir el país. Por lo tanto, una importante proporción de los dineros para el Régimen Subsidiado se desvía hacia usos diferentes de atención de las personas, lo cual va en detrimento de la oportunidad y calidad de los servicios de salud prestados a la población.

Selección y contratación de Entidades Aseguradoras en el Régimen Subsidiado

En las condiciones actuales de operación del Sistema existe un gran número de Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, dispersas en el territorio nacional, que manejan pequeños grupos de riesgo en salud y de riesgo financiero. Esta forma de organización no permite el aprovechamiento de economías de escala en la operación e incrementa los costos administrativos de estas entidades. De igual manera, la capacidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, para constituirse en compradores inteligentes para sus afiliados debe lograr que se vinculen a la red de prestadores aquellos de mayor calidad y con mejores resultados para beneficio esencial de su población asegurada.

Adicional a ello, las entidades aseguradoras no enfrentan presión por parte de los usuarios para mejorar la calidad de los servicios pues no se cumple a plenitud el artículo 153 de la Ley 100 que asegura a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Las restricciones para que el usuario ejerza plenamente este derecho son de diversa índole, pero quizá una de las más importantes ha sido el desconocimiento por parte de la población de sus derechos y deberes en el SGSSS, situación que favorece que las entidades territoriales adelanten la contratación de entidades aseguradoras sin tener en cuenta las preferencias de los usuarios.

La fragilidad de las competencias de Inspección, Vigilancia y Control, es otro factor que da ocasión para las barreras de acceso a los servicios no solo de los usuarios del régimen subsidiado, sino también en el régimen contributivo. Más allá de reglamentación, con base en la cual el usuario es enviado de una a otra instancia cada una de las cuales invoca una u otra norma, no existe en las diferentes regiones del país una capacidad institucional resolutoria ipso facto de las demandas de servicios no atendidas a los usuarios.

Lo expuesto en los dos párrafos anteriores lleva a plantear que hay que introducir cambios en la organización y contratación de las entidades aseguradoras que operan en el Régimen Subsidiado y a implementar mecanismos para que el ejercicio de la libre elección por parte del usuario se constituya en un fuerte incentivo para que las entidades aseguradoras compitan ofreciendo mejores servicios que resulten en un impacto positivo sobre la salud de los usuarios.

Pero también da origen a reformar la institucionalidad, operatividad, y competencias de un adecuado sistema de Inspección, Vigilancia y Control con amplia, efectiva y preeminente participación de los usuarios.

Escasa incidencia de los usuarios en el SGSSS

No obstante que, incluso desde antes de la Ley 100 de 1993 a través de los Copagos, es abundante la reglamentación sobre la representación de los usuarios en diferentes instancias de toma de decisiones, de vigilancia y control, e incluso de administración, la incidencia de la ciudadanía usuaria sobre el SGSSS es literalmente nula.

Son múltiples los factores que explican esta ausencia, más visible en el caso del régimen contributivo que en el subsidiado, de incidencia del usuario sobre el sistema: la abundante, dispersa, urdida e incluso contradictoria legislación sobre el SGSSS¹; debido a lo anterior, es generalizado el desconocimiento por parte de los usuarios de los deberes y derechos, al punto que cualquier funcionario del Sistema resuelve dificultades de atención al usuario usualmente con la mención a cualquiera de las intrincadas normas; las posiciones dominantes en las instancias decisorias del Sistema se sostienen justamente sobre la experticia del conocimiento o abuso de la ignorancia sobre la señalada legislación por parte de otros actores, entre ellos el más vulnerable el usuario.

Una inspección, vigilancia y control que no resuelve la mayoría de conflictos

Desde la creación del SGSSS en 1993, existen yuxtaposiciones institucionales que confunden las responsabilidades e incluso entrecruzan las competencias de algunas de ellas. Por ejemplo, en una misma entidad como el Ministerio de la Protección Social se entrecruzan competencias de dirección, diseño de política, asignación de recursos, regulación, supervisión, inspección, vigilancia y control.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud, según una copiosa normatividad, tiene facultades para garantizar el cumplimiento de las normas del sistema en cada uno de los actores, y sobre cada uno de los factores del funcionamiento del sistema. Sin embargo, es reconocida la escasa gestión de esta entidad, pues:

- Carece de recursos e instrumentos aplicados para cumplir con la diversidad de competencias.
- No opera como parte de un sistema de IVC, sino como una entidad independiente.
- No tiene clara ni operativamente definido un patrón de IVC.
- Carece de instrumentos con los que se articule su gestión con otros actores del Sistema: Guías ciudadanas, estándares de servicios mínimos del sistema, sistemas de calidad (con indicadores para medir desempeños de entidades), indicadores de tarifas o rangos de procedimientos, normas de calificación y clasificación.
- No tiene autonomía frente a otros actores, entre algunos de sus vigilados.
- Trabaja aislada de otros órganos de control del Estado.

Salud Pública

El Plan de Atención Básica, PAB, creado por la Ley 100 de 1993 define acciones orientadas a la colectividad que complementan las acciones de promoción y prevención definidas en los planes de beneficios. Sin embargo, los aspectos reglamentarios y operativos que se han hecho de la Ley 100 en esta materia y de los conceptos relacionados con la salud pública, han dado lugar a una confusión relacionada con cuáles son las intervenciones incluidas dentro del PAB y cuáles son las actividades y servicios dirigidos a los individuos que deben ser atendidos por las entidades aseguradoras ya que estas actividades en algunos casos

¹ Se afirma que sobre el SGSSS se han emanado más de 20.000 normas, entendidas como circulares, resoluciones, decretos reglamentarios, acuerdos.

son componentes de los planes de beneficios. La confusión señalada ha conducido a la dispersión de las actividades del PAB entre los diversos actores y niveles territoriales y a la atomización de las responsabilidades, de tal manera que el impacto de las acciones se disuelve, la atención a las personas y a las colectividades no es oportuna y suficiente, y además se pierde la transparencia en el manejo de los recursos.

En este orden de ideas, uno de los cambios más problemático para la atención en Salud Pública ha sido el establecido por el artículo 46 de la Ley 715 de 2001, mediante el cual quedaron a cargo de las entidades territoriales las actividades de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S. Para evaluar la gestión y cumplimiento de las actividades de promoción y prevención del POS-S a partir de la implementación de esta medida, el Ministerio de la Protección Social adelantó un análisis a partir de una encuesta diseñada para este fin, por el período comprendido entre 1° de agosto de 2002 y marzo 31 de 2003 y el período correspondiente al 1° de abril y 31 de diciembre de 2003.

Los resultados obtenidos demuestran con claridad la problemática de la ejecución de los recursos del 4.01% del valor de la UPC-S y el incumplimiento de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales en el país. Es decir, se encontraron indicadores negativos de la eficiencia de la gestión tanto del nivel municipal como de los procesos de evaluación y control de gestión que los departamentos deben adelantar.

También se deduce del estudio que el cumplimiento de las acciones de promoción de la salud es insatisfactorio en casi todos los municipios, al encontrar que cerca del 50% de los municipios no reportaron información sobre las actividades de vacunación ejecutadas, o esta era inconsistente o incompleta. En la mayoría de municipios que respondieron la encuesta, el cumplimiento de indicadores que son la clave para la evaluación de las acciones de promoción y prevención fue calificado como muy deficiente o deficiente para la aplicación de por ejemplo el toxoide tetánico a mujeres en edad fértil y para las normas de planificación familiar y detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Buscando establecer condiciones para una ejecución armónica y sinérgica de las acciones colectivas e individuales en salud pública, en este proyecto se considera conveniente replantear el PAB y derogar el artículo 46 de la Ley 715 de 2001 de tal manera que se le devuelva la responsabilidad de la ejecución de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades aseguradoras del Régimen Subsidiado, lo cual permite tener un responsable único de estas actividades permitiendo un desarrollo de este componente de la salud en forma integral y articulada.

Prestación de Servicios de Salud

A pesar de que la Ley 100 de 1993 ordenó la reestructuración de las entidades descentralizadas de prestación de servicios de salud y su transformación en empresas sociales de salud con el fin de adecuarlas al Sistema General de Seguridad en Salud, el proceso de descentralización definido por la Constitución Política y desarrollado mediante la Ley 60 de 1993 propició la creación no controlada de oferta de servicios, especialmente en los municipios más pequeños, pasando de aproximadamente 950 Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud en el 2001 a 1.200 en el 2004. Esto, unido al incremento del recurso humano y al nombramiento de los directores de las ESE por el jefe de la respectiva entidad territorial ha producido, por una parte, duplicidades innecesarias con obvias consecuencias en la sostenibilidad financiera de las instituciones y por la otra, dificultades cuando se trata de instituciones prestadoras públicas de servicios de salud regionales, donde confluyen los intereses de más de una entidad territorial.

Las crisis del funcionamiento hospitalario aparecen cuando la entidad ha acumulado de manera progresiva un pasivo que es incapaz de financiar con su ingreso corriente, bien sea por tener unos costos fijos y elevados permanentes o por tener un insuficiente flujo de caja y/o de venta de servicios, o por ambos fenómenos de manera simultánea. Esto último es lo más frecuente y como resultado se produce un desequilibrio en su balanza de efectivo, que en muchos casos ha conducido, en los años recientes, al cierre total de servicios por períodos prolongados en algunas entidades hospitalarias públicas, lo que obliga a los usuarios a buscar otros prestadores a mayor costo o a no acceder a los servicios de salud.

Las situaciones de crisis se hacen recurrentes en la medida en que se aplican medidas de rescate de los hospitales públicos, con dineros entregados directamente a las instituciones, acción que alivia las coyunturas financieras de cada período fiscal, pero que es considerada por muchos como ¿la peor señal estatal hacia la búsqueda de soluciones estructurales, y a la larga un incentivo a la ineficiencia?

Ahora bien, la iniciativa de obligar a las EPS del Régimen Subsidiado de contratar preferentemente con la red pública de primer nivel de complejidad, definida en la Resolución número 5261 artículo 96 de 1994 del entonces Ministerio de Salud, hace parte de esas medidas coyunturales de rescate reiterativas, que no modifican sustancialmente la estructura de ventas de servicios, pero que sí exponen al usuario a recibir unos servicios deficientes en calidad, oportunidad y accesibilidad, por el ejercicio monopólico que en alguna medida es estimulado con este tipo de políticas.

Un estudio de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Recursos Humanos en Salud en Colombia 1961-2005) determinó que el número de proporción de los trabajadores directos del sector salud según categoría ocupacional, forma de vinculación, y categoría del municipio, un alto porcentaje se encuentra en el sector privado o dentro del sector público por medio de contratos sostenidos por la intermediación laboral o por cooperativas de trabajo asociado.

Tabla 1

Trabajadores directos según categoría profesional

		Capitales	Mayor 100.000	De 50.000 a 99.999	De 20.000 a 49.999	Menores de 20.000
CONTRATO DE TRABAJO PRIVADO	N°	16.107	746	1.234	2.589	877
	%	51.41	12.95	21.18	19.48	13.48
OTRO	N°	5.163	2.592	2.329	3.456	1.073
	%	16.48	45.01	39.98	26.01	16.50

Tabla 2

Trabajadores directos según categoría Técnico Profesional

		Capitales	Mayor 100.000	De 50.000 a 99.999	De 20.000 a 49.999	Menores de 20.000
C O N - TRATO DE TRABAJO PRIVADO	N°	1.980	19	80	92	17
	%	39.47	11.31	14.08	10.53	3.00
OTRO	N°	176	66	19	3	55
	%	3.51	39.29	3.35	0.34	9.70

De la Tabla N° 1 se desprende que un alto porcentaje, tanto en las capitales como en los municipios, los profesionales del sector salud, se encuentran laborando en el sector privado o prestan sus servicios en el sector público mediante modalidades de contratación por outsourcing, intermediación laboral o cooperativas de trabajo asociado, convirtiendo al sector público en un intermediario para cumplir coyunturalmente con

los contratos que le deriven esta venta de servicios; estos mismos porcentajes se observan respecto a los Técnicos Profesionales (ver Tabla 2).

Con la aplicación del Decreto 2309 de 2002 por medio del cual se definió el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del SGSSS, aplicable a todos los prestadores de servicios de salud (IPS-Profesionales Independientes) y la obligatoriedad de adopción de un Sistema Unico de HABILITACION, ACREDITACION E INFORMACION, además de la AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, junto a los impedimentos a las EPS para contratar con quienes no reúnan estos requisitos, se hace innecesario mantener privilegios o exclusividades para la RED PUBLICA y por el contrario es mandatario conforme a los principios del mercado, LIBRE ELECCION, EFICIENCIA Y CALIDAD por demás consagrados en los principios de la Ley 100 de 1993, facilitar este ejercicio en beneficio de los usuarios.

Se advierte de la necesidad de legislar a favor del empresarismo de los trabajadores del sector salud, a través de su participación en FUNDACIONES o en empresas de utilidad común, conforme a los elementos desarrollados por el cooperativismo y en aras de permitir su desarrollo, ante la imposibilidad de su incorporación a la prestación de servicios públicos por parte del Estado.

Dado que las EPS pueden mantener su propia red, es importante obligarlas a contratar con la red pública o privada, en las condiciones anotadas, parte de la prestación de sus servicios, con el límite del 65% de todas sus acciones a ejecutar.

Diversos estudios señalan que la planeación, la organización y el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud ha perdido el concepto de área de influencia espacio-poblacional; tampoco tiene en cuenta la accesibilidad de la población a los mismos, ni los factores geográficos, culturales, económicos, poblacionales y epidemiológicos que la condicionan; se ignora el objeto social en términos de satisfacer las necesidades de salud de la población, lo que se ha traducido en graves problemas de equidad en el ingreso a la prestación de los planes de beneficios y hace necesario la conformación de redes de prestación de servicios que garanticen a los usuarios el derecho que les asiste.

En este sentido, la Ley 715 de 2001 determinó que el servicio de salud en el nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

Propósito del proyecto

La presente ley tiene por objeto lograr que todos los ciudadanos colombianos estén asegurados al SGSSS y tengan acceso a los servicios de salud expresamente definidos en los Planes de Beneficios, garantizar el uso adecuado y eficiente de los recursos del Régimen Subsidiado, fortalecer la ejecución armónica de las políticas, planes y proyectos de Salud Pública, conforme manifestaciones, de la ciudadanía a través de las discusiones en torno al proyecto de ley, tres objetivos adicionales se hicieron manifiestos para mejorar los cambios a través del proyecto: Una mayor, mejor y más preeminente participación de la ciudadanía usuaria en instancias reguladoras, y de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS. En segundo lugar, corregir algunos de la diversidad de factores de inequidad en la estructura legal del sistema, entre ellos, los de incluir fuentes de financiamiento que se han beneficiado económica y financieramente con el Sistema, en vez de descargar el aumento de recursos en mayores aportes a la ciudadanía usuaria. En tercer lugar,

establecer un sistema de Inspección, Vigilancia y Control sobre la base de una mayor participación ciudadana usuaria, y en trabajo armónico entre diferentes entidades del Estado constituidas desde la década pasada para hacer estas competencias.

Para ello se propone ampliar la cobertura de aseguramiento para la población pobre mediante la instauración de fuentes adicionales de recursos, una redistribución de las actuales fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado, la destinación de parte de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones para Salud y la introducción de diferentes modalidades de subsidios a la demanda, reorganizar la estructura de financiamiento y contratación del Régimen Subsidiado, establecer principios y criterios de sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, crear un plan de salud pública colectiva y devolverle la competencia de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades responsables del aseguramiento.

Ampliación de cobertura y la búsqueda de la universalización

Como ya se mencionó, es prioritario dirigir los esfuerzos de ampliación de cobertura por medio de subsidios a la demanda para la población pobre, que en la actualidad viene siendo identificada por medio del instrumento Sisbén. Se propone financiar la totalidad de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para las personas que hacen parte de los niveles 1 y 2 del Sisbén, y financiar una parte de dicha UPC-S para las personas en el nivel 3 del Sisbén exigiendo un aporte que cubra la diferencia con la UPC-S o la diferencia con el valor de la cotización mínima aplicable en el Régimen Contributivo para los trabajadores independientes.

Como se observa en la Tabla 1, se estima que aproximadamente 26 millones de personas pertenecen a los niveles Sisbén 1, 2 y 3. De estas, 12,2 millones se encuentran en los niveles Sisbén 1 y 2, y 13,8 millones en el nivel Sisbén 3. Tomando en cuenta que según la encuesta aproximadamente 3,5 millones de personas de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén están afiliadas al Régimen Contributivo, y que es importante mantener la afiliación de estas personas a dicho régimen, la población total elegible para subsidios ya sean totales o parciales podría ser de 22.6 millones de personas.

TABLA 1

Estimaciones de población elegible para subsidios

Población por Categorías Sisbén	Nº estimado de personas
A Población Sisbén 1 y 2	12.392.464
B Población Sisbén 3	13.805.132
C Total población Sisbén 1-3 (A+B)	26.197.596
D Población Sisbén 1, 2 y 3 afiliada al Régimen Contributivo	3.576.260
Población elegible subsidios (C-D)	22.621.336

Fuente: Estimaciones Ministerio de la Protección Social con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2003.

Como se observa en la Tabla 2, los cálculos de los recursos para subsidios a la demanda para el año 2004 indican que estos son aproximadamente 2.75 billones de pesos, y los recursos para oferta en el año 2004 están alrededor de 1.84 billones de pesos.

TABLA 2

Fuentes de ingreso para la financiación del Régimen Subsidiado

Fuentes	Recursos proyectados a 2004
Punto de Solidaridad *	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional*	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar *	69.007.764.259

Rendimientos*	111.411.979.646
OTROS (excedentes, multas, reintegros)*	73.756.051.136
SGP Demanda**	1.622.704.581.818
Subtotal demanda	2.755.101.371.839
RECURSOS OFERTA	
SGP Oferta**	1.343.454.872.727
Rentas cedidas	496.019.614.308
Subtotal oferta	1.839.474.487.035
TOTAL RECURSOS	4.594.575.858.874

Fuentes: *Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Financiamiento, Presupuesto de Ingresos Vigencia 2003.

**Documento Conpes Social, 13 de julio 2004.

El proyecto contempla incrementar los recursos disponibles para subsidios a la demanda transformando el 60% de los recursos de oferta del sistema general de participaciones, más un 2.81% que sustituye los recursos propios que los entes territoriales destinan actualmente a la financiación del régimen subsidiado, lo cual incrementa los recursos para subsidios a la demanda por SGP a 2.4 billones de pesos, incrementando el total de recursos disponibles para subsidios a la demanda a 3.63 billones de pesos, como se observa en la Tabla 3.

TABLA 3

Incremento en los recursos para subsidio a la demanda generados por transformación del 62.81% del SGP de oferta

Recursos subsidio demanda	Recursos proyectados a dic. 2004
Punto de Cotización	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar	69.007.764.259
Rendimientos	111.411.979.646
ETESA**	35.000.000.000
OTROS (excedentes, multas, reintegros)	73.756.051.136
SGP Demanda + 62.81% SGP oferta	2.466.528.587.378
Conpes 79 04 Demanda 12/12	1.622.704.581.818
SGP oferta (tr 62,81%*)	843.824.005.560
Subtotal demanda	3.633.925.377.399
RECURSOS OFERTA	
40% SGP Oferta	499.628.467.168
Rentas cedidas	496.019.614.308
Subtotal oferta	995.648.081.476
TOTAL RECURSOS	4.629.573.458.875

* La destinación adicional de 2.81% proviene del esfuerzo territorial para la financiación del subsidio a la demanda que se propone sustituir con recursos del SGP.

** Estimación de la Dirección General de Financiamiento del MPS.

Como se muestra en la Tabla 4, con estos recursos se podría afiliar a la totalidad de las personas en las categorías 1 y 2 de Sisbén con la UPC actual (192.344 pesos) y a las personas en la categoría Sisbén 3 no afiliadas al Régimen Contributivo subsidiando la suma de \$122.233 anuales y exigiendo un aporte per cápita anual de 70.111 pesos o mensual de 5.843 pesos.

TABLA 4

Cálculos de recursos requeridos para subsidios totales y parciales población para cubrir población Sisbén 1, 2 y 3 no afiliada al Régimen Contributivo

Supuestos

A Número de personas que recibiría el subsidio total Sisbén 1 y 2 no afiliadas al Régimen Contributivo	12.392.464
B Valor en pesos UPC-S 2004	192.344
C Recurso requerido para subsidios totales (A*B)	2.383.616.095.616
D Recurso disponible para subsidios a la demanda después de transformar 62.81% de la oferta	3.633.925.377.399
E Recurso disponible para subsidios parciales después de otorgar subsidios totales (D-C)*	1.250.309.281.783
F Número de personas que recibiría el subsidio parcial (Sisbén 3 no afiliada al Contributivo)	10.228.873
G Recurso per cápita disponible para subsidio parcial (E/F)	122.233
H Aporte per cápita anual requerido para cubrir UPC-S (B-G)	70.111
I Aporte mensual beneficiario subsidio parcial (H/12)	5.843

* Incluyendo gastos de administración.

Este esquema que se propone parte de la base de que prevalece el interés general sobre el particular y por tanto se va a hacer un esfuerzo para lograr el aseguramiento de la totalidad de la población en los servicios de salud que se considera son más costo-efectivos en términos de morbi-mortalidad.

Estrategias de la Administración de los Recursos del Régimen Subsidiado

Para mejorar la gestión y eficiencia en el uso de los recursos que financia el Régimen Subsidiado se propone administrar en una sola cuenta, blindada con órdenes de pago sobre la base de registros de proveedores previamente calificados por el mismo ente territorial, todos los recursos destinados al aseguramiento, disponibles en cada entidad territorial. Para ello cada Entidad Territorial debe registrar una Cuenta Maestra en una entidad Financiera debidamente autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual debe reportar a los Ministerios de Hacienda y de Protección Social. A esta cuenta confluirán los dineros que financian y cofinancian el régimen subsidiado, tanto los que les pertenecen a las entidades territoriales (SGP) como del nivel nacional (Fosyga). A través de esta cuenta se harán los pagos, por vía electrónica, a las entidades aseguradoras del Régimen Subsidiado que sean seleccionadas por medio de la libre elección de los usuarios.

El manejo financiero de los recursos de la salud a través de una sola cuenta maestra, que será administrada por el mismo Ente Territorial, mantiene el principio de descentralización que rige a partir de la Constitución Política de 1991, puesto que en ningún momento se modifica la titularidad de los recursos de las Entidades Territoriales, como son los provenientes del Sistema General de Participaciones. Es decir, el proyecto se ajusta a las facultades que tiene el legislador para definir las competencias y los recursos que financian aquellas actividades que deben prestarse de manera descentralizada.

Por medio de este instrumento se logra lo siguiente:

1. Incrementar el pool financiero disponible, lo que permite una mejor distribución y equidad en la asignación de los recursos.

2. Incrementar el tamaño de los contratos por cada entidad aseguradora, lo cual mejora la eficiencia en el manejo del riesgo y disminuye los costos de administración.

3. Reducir el número de contratos para el aseguramiento de la población, con la consecuente disminución en los costos de transacción.

4. Agilizar la transferencia de recursos a las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.

5. Brindarle transparencia a la contratación de las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.

6. Fortalecer el papel del usuario como gestor de la competencia por calidad entre aseguradores y prestadores de servicios de salud y como veedor del manejo eficiente de los recursos.

Sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud

En la Tabla 5 se muestra el cálculo del posible impacto sobre los recursos disponibles para subsidio a la oferta al transformar 62.81% de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones. En la fila A se calculan los recursos para oferta disponibles a diciembre 2004 que incluyen la totalidad de los recursos de oferta de SGP, rentas cedidas, y 40% de los recursos para atender a la población afiliada actualmente al régimen subsidiado (UPC-S 2004 multiplicada por 11,8 millones de personas), correspondiendo estos últimos a la contratación obligatoria con la red pública. En la fila B se calculan los recursos para oferta disponibles para la red pública, que incluirían el 40% del SGP de oferta del 2004, las rentas cedidas y 50% de los recursos para subsidios a la demanda, ya que se propone una contratación obligatoria del 50% con la red pública. Ambos escenarios sugieren que en el nivel nacional no hay un cambio en los ingresos totales de la red pública, ya que la variación porcentual con transformación es de 1%.

TABLA 5

Total ingresos red pública bajo escenario de universalización

Escenarios	Los recursos para oferta disponibles
A Ingresos red pública bajo situación actual a 2004: SGP oferta + rentas cedidas + 40% contratación UPC total subsidiado	2.870.862.849.190
B Ingresos red pública bajo escenarios de universalización: 40 SGP oferta + rentas cedidas + 50% contratación recursos subsidio demanda	2.812.610.770.175
Variación porcentual escenario/ recursos actuales (B/A)	1%

Sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas de Servicios de Salud

Este proyecto de ley se ve complementado por las actividades que en el marco de renovación y modernización de redes de prestación de servicios de salud deben adelantarse para generar escenarios de solución definitiva a las dificultades de los hospitales públicos. Para ello, el Gobierno considera que es necesario emprender acciones conjuntas por parte de los diferentes actores del sistema entre los que se incluyen obviamente las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Territoriales y el Ministerio de la Protección Social. Estas acciones deben tener impacto del nivel de los hospitales y de la red hospitalaria por entidad territorial o por región.

Esas acciones se deben concretar en planes individuales de sostenibilidad financiera, acompañados de convenios de desempeño en los que se establezcan las condiciones financieras y de prestación de servicios, que garanticen la sostenibilidad institucional y el entorno de calidad para los usuarios. Se deben eliminar los sobrecostos operacionales y maximizar los ingresos por venta de servicios.

El seguimiento de estos planes estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y se articularán con las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por las consideraciones anteriormente expuestas me permito presentar la siguiente Proposición.

Proposición

Solicito a la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes aprobar la Ponencia para Primer Debate al Proyecto de ley número **052 de 2004 Senado y 179 de 2005 Cámara, por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política, y sus Proyectos acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado**, con el pliego de modificaciones y texto propuesto para primer debate.

Cordialmente,

Pedro Jiménez Salazar,

Ponente.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004 SENADO Y 179 DE 2005 CAMARA

por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política, y sus Proyectos Acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado

Artículo 1°. Objeto.

Literal e). Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la prestación de los servicios y en el aseguramiento en salud.

Corrección gramatical. Y queda así:

e) Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la prestación de los servicios y en el aseguramiento en salud.

Se adicionan (h, i) dos literales, o sea, dos objetivos específicos de la reforma. Se hace explícito el principio constitucional y de la Ley 100 sobre la participación ciudadana. Pareciera estar incluido en el literal d) del texto aprobado, pero la condición de usuario es necesario hacerla explícita. El literal nuevo es:

h) Aumentar la presencia y la capacidad de incidencia de la ciudadanía usuaria en las instancias decisorias y de inspección, vigilancia y control del sistema.

Se plantea como objeto explícito de la reforma la necesidad de resolver los problemas de inequidad observados en la experiencia del SGS-SS, en el literal nuevo;

i) Corregir algunos factores de inequidad que se han evidenciado durante la experiencia del Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 2°. De los ejes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano, protegerlos financieramente frente al riesgo de enfermar y propiciar la satisfacción de la demanda de servicios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá los siguientes ejes en su organización:

Eje de Dirección, regulación, vigilancia y control a cargo del Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de salud.

Eje de financiación a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, Fondos Locales y Seccionales de Salud.

Eje de Aseguramiento a cargo de las Entidades Promotoras de Salud tanto en el Régimen contributivo como en el régimen subsidiado.

Eje de Prestación de servicios de salud a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, IPS tanto públicas –Empresas Sociales del Estado– como privadas o mixtas, incluidos los profesionales de la salud independientes.

Eje de salud pública colectiva a cargo del Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Invima, ICBF, Departamentos, Distritos y Municipios.

En el primer eje, de Dirección, regulación y vigilancia, se adicionan los institutos descentralizados adscritos al Ministerio de la Protección Social con las competencias señaladas. En el eje de financiación, se explicitan los niveles territoriales. En el eje de aseguramiento se incluye a las entidades territoriales que lo hacen con el régimen subsidiado. En el eje de salud pública se agrupa la lista de entidades públicas en el término organismos adscritos, y se extiende a la ciudadanía y demás entidades la responsabilidad de salud pública.

En consecuencia el artículo corregido queda así:

Artículo 2°. *De los ejes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano, protegerlos financieramente frente al riesgo de enfermar y propiciar la satisfacción de la demanda de servicios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá los siguientes ejes en su organización:

Eje de dirección, regulación, vigilancia y control a cargo del Ministerio de la Protección Social, Invima, INS, ICBF, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y Direcciones Territoriales de Salud.

Eje de financiación a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, los fondos locales, distritales y departamentales de salud.

Eje de Aseguramiento a cargo de las entidades promotoras de salud y las entidades territoriales en lo referente al régimen subsidiado.

Eje de prestación de servicios de salud a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas –Empresas Sociales del Estado– como privadas o mixtas, y de los profesionales de la salud independientes.

Eje de Salud Pública Colectiva a cargo del Ministerio de la Protección Social, organismos adscritos, Departamentos, Distritos y Municipios con la participación de la comunidad, los particulares y las entidades relacionadas con los factores determinantes de la salud.

¿QUE PASA CON LA VERTICALIDAD?

Artículo 3°. Cobertura universal y subsidios estatales a la demanda y a la oferta.

La referencia del artículo es a todos los subsidios para salud. Los subsidios de “oferta” se refieren a los que se entreguen a las IPS en función de garantizar el acceso en zonas donde por condiciones geográficas, sociales o económicas no se pueda garantizar su supervivencia por venta de servicios. Los demás recursos hoy denominados de “oferta” se asignan en función de la demanda. Por ello el título del artículo queda así:

Artículo 3°. *Cobertura Universal y subsidios estatales en salud.*

El literal **b)** del artículo dice así:

b) Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad de los planes de beneficios y universalidad en las coberturas, además de los subsidios por el total de la UPC del Régimen Subsidiado, se les podrá otorgar a las personas de nivel 3 del Sisbén, subsidios parciales para garantizar una determinada parte del plan obligatorio o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio, la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado según las disponibilidades.

Se cambia la palabra UPC por cotización con el fin de generar incentivos de permanencia en el régimen contributivo y esquemas de cofinanciación a la cotización régimen contributivo y se adiciona la palabra **progresividad**. En consecuencia el literal nuevo es:

b) Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad de los planes de beneficios y universalidad en las coberturas, además de los subsidios para completar el total de la cotización del Régimen Subsidiado, se les podrá otorgar a las personas de nivel 3 del Sisbén, subsidios parciales para garantizar una determinada parte del plan obligatorio o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio, la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado de manera progresiva según las disponibilidades.

El literal **c)** del artículo dice:

c) Para los servicios no incluidos en el POS subsidiado o para las personas pobres no afiliadas al sistema, las IPS públicas propiciarán el acceso a los servicios que tengan disponibles con cargo y hasta el monto de los subsidios a la oferta autorizados por la entidad territorial respectiva mediante contrato.

Se corrige el literal por cuanto la garantía del acceso es una competencia de las entidades territoriales de acuerdo con establecido en la Ley 715 de 2001.

Los subsidios de “oferta” no se autorizan a las IPS públicas, se asignan a las entidades territoriales quienes contratan con IPS. Se adiciona igualmente la priorización de la atención con el fin de realizar la articulación entre prestación y acciones de salud pública individual y familiar. Debido a ello, el literal **c)** corregido queda:

c) Para los servicios no incluidos en el POS subsidiado y para la atención de las personas pobres no afiliadas al sistema, las entidades territoriales propiciarán el acceso a los servicios a través de contratación de servicios preferentemente con (¿CUANTO?) Empresas Sociales del Estado. En todo caso se priorizarán las acciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 4°. *Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.*

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estará constituido por quince miembros, así:

El espíritu del artículo 156 de la Ley 100 (literal m) es el de separar las competencias entre los diferentes actores para hacer claridad en las reglas del juego del sistema. Así es que la dirección del Sistema es atributo de la administración del Estado, y las de un Consejo como el del SGSSS es de concertación y regulación. Debido a ello se debe precisar lo siguiente en el inicio del artículo 4° del proyecto:

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de regulación y concertación del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estará constituido por quince miembros, así:

En el mismo artículo, la composición del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud está planteado como sigue:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá.
2. El Ministro de Hacienda o su delegado.
3. Un representante de los Gobernadores o su Secretario de Salud como delegado.
4. Un representante de los Alcaldes, elegido por la Federación Nacional de Municipios.
5. Un representante del Instituto de los Seguros Sociales.
6. Un representante de las EPS del régimen Contributivo.
7. Un representante de las EPS del régimen Subsidiado.
8. Un representante de las IPS Privadas.
9. Un representante de las Empresas Sociales del Estado.
10. Un representante de los Profesionales de la salud.
11. Un representante de los trabajadores.
12. Un representante de los pensionados.
13. Un representante de los empleadores.
14. Un representante de los usuarios del régimen subsidiado.
15. Un representante de las defensorías del Paciente.

Los cambios conceptuales que ha implicado el SGSSS, obliga a que la constitución del Consejo regulador y concertador lo sea con las categorías económico-sociales correspondientes. Así es que la representación del ISS, que tiene la condición de EPS del Régimen Contributivo, deberá compartirla o concertarla con otras EPS.

En vez de la representación de trabajadores y pensionados, se sustituye por dos representantes de los usuarios del régimen contributivo, en los cuales podrían ganársela los trabajadores dependientes, independientes e incluso los pensionados. Se aumenta un representante de los usuarios del régimen subsidiado fundamentada en la equidad y mayor participación ciudadana.

Se cambia la palabra paciente por usuario por considerar que esta es más amplia. En consecuencia, la conformación del CNSSS quedaría así:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Un representante de los Gobernadores o su delegado.
4. Un representante de los Alcaldes o su delegado.

5. Un representante de las EPS del Régimen Contributivo.
 6. Un representante de las EPS del Régimen Subsidiado.
 7. Un representante de las IPS Privadas.
 8. Un representante de las Empresas Sociales del Estado.
 9. Un representante de los profesionales de la salud.
 10. Dos (2) Representantes de los usuarios del régimen contributivo.
- Se elimina representación por derecho propio de los pensionados.
11. Un representante de los empleadores.
 12. Dos (2) Representantes de los usuarios del régimen subsidiado.
 13. Un representante de las defensorías del Usuario.

El artículo 4° del texto aprobado en Senado contiene los tres siguientes párrafos:

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para la escogencia de los representantes de los Organismos No Gubernamentales. El período de los representantes de los Organismos No Gubernamentales será de (4) cuatro años iniciados a partir del 1° de enero de 2007 y podrán ser reelegidos.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, escogida por el mismo Consejo entre los funcionarios del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social presentará los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo:

- a) Evaluación de la situación de salud en el país, e impacto del sistema y las políticas de salud;
- b) Evaluación de tecnología;
- c) Evaluación financiera;
- d) Evaluación de planes de beneficios, la UPC y los pagos compartidos.

Los estudios de que trata el presente párrafo serán responsabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3°. Serán asesores permanentes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y coordinados por la Secretaría Técnica: Un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, uno en representación de las Facultades de Salud Pública. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones.

Cada uno de los tres párrafos es sometido a ajustes, en particular el número 1.

Dada la naturaleza de Institución reguladora y concertadora (en consecuencia que debe tener una representación equilibrada y lo más representativa del universo ciudadano), los criterios de calificación, definición y selección de los representantes al CNSSS deben ser elaborados por una gama institucional representativa del Estado Social de Derecho, y no únicamente por el Gobierno. Tales criterios deben traducirse en perfiles de los elegibles, calidades, inhabilidades e incompatibilidades, electores, fechas, formas de elección, etc.

En el párrafo dos se introducen la gestión coordinadora de la Secretaría Técnica del funcionario del Ministerio que debe escoger el mis-

mo Consejo. Y en el tres, se extiende la participación en el Consejo a Ministros que en un momento dado se requiera para suministrar información y toma de decisiones. Los parágrafos corregidos quedarían así:

Parágrafo 1°. Durante el primer trimestre de vigencia de la presente ley, deberá contarse con los mecanismos de selección de los representantes de Organismos No Gubernamentales. Esta reglamentación la elaborará una Comisión temporal convocada por los Ministros de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público. Tal Comisión estará conformada, además de los dos Ministros, por funcionarios directivos del Departamento Nacional de Planeación, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, y la Contraloría General de la República. El período de los representantes de los Organismos No Gubernamentales será de (4) cuatro años y podrán ser reelegidos.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, coordinada por un funcionario del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social escogido por el mismo Consejo, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social presentará los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo:

- a) Evaluación de la situación de salud en el país, e impacto del sistema y las políticas de salud;
- b) Evaluación de tecnología;
- c) Evaluación financiera;
- d) Evaluación de planes de beneficios, la UPC y los pagos compartidos.

Los estudios de que trata el presente parágrafo serán responsabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3°. Serán asesores permanentes ad honórem del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y coordinados por la Secretaría Técnica: Un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, uno en representación de las Facultades de Salud Pública. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones. Podrán ser convocados representantes de los ministerios del gabinete en el momento en que esto sea requerido.

En lo que corresponde a precisar funciones del Ministerio de la Protección Social, el artículo 5° del proyecto de ley detalla seis literales, al cual se adiciona otro (el g) con el propósito de especificar la condición de colaborador del ministerio en los temas de Inspección, Vigilancia y Control, tema este que se desarrolla en el capítulo pertinente.

Artículo 5°. *Se adiciona el literal g).*

g) Colaborar con las instituciones que tienen competencias en acciones de inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Artículo 6°. *De los Departamentos y el Distrito Capital.*

Se detallan funciones de los departamentos y distritos en el SGSSS. En siete literales se desarrolla el artículo, sobre tres de los cuales (b, d y g) se introducen ajustes. Esos tres literales en el texto de Senado dicen así:

b) **Administrar** los recursos del Sistema General de Participaciones asignados para la atención de la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS, asignando entre las Empresas Sociales del Estado los recursos en función de la población por atender, dando especial reconocimiento a las entidades y servicios de salud mental.

d) Presupuestar y ejecutar, mediante encargo fiduciario, los recursos del régimen subsidiado y conjuntamente con los municipios velar porque se cumplan con los porcentajes mínimos de contratación con la red pública exigido en la presente ley, los gastos administrativos y prestación de servicios de salud.

g) Vigilar que, en los municipios de su jurisdicción, el estricto cumplimiento a las obligaciones con los usuarios del régimen contributivo y del régimen subsidiado por parte de las EPS, en especial la garantía de acceso a los servicios del respectivo Plan Obligatorio de Salud y de la libre elección de IPS conforme a la red aprobada por la Superintendencia Nacional de Salud y ofrecida por la respectiva EPS.

Se mejora la redacción del literal b), con el fin de aclarar que la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda no se realiza mediante asignación de recursos a ESE, sino mediante contratación donde se deben vincular los recursos con el volumen y calidad de servicios, con excepción de las instituciones donde se requieran subsidios de “oferta”.

Con el fin de proteger y administrar eficientemente, en la esfera de la seguridad social, los recursos del sistema en las jurisdicciones territoriales sin menoscabar la autonomía de su gestión en esta materia, se introduce su administración territorial mediante cuentas maestras. Ese es el propósito del ajuste del literal d). El ajuste del literal g) es más de naturaleza gramatical, y de claridad en la redacción.

b) Administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos disponibles para la atención de la población pobre no asegurada y prestación de servicios no incluidos en el POS, **contratando** preferentemente con Empresas Sociales del Estado, e incluyendo siempre a entidades y servicios de salud mental.

d) Presupuestar y ejecutar mediante cuenta maestra en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, los recursos del régimen subsidiado, y conjuntamente con los municipios velar porque se cumplan con los porcentajes mínimos de contratación con la red pública exigido en la presente ley, los gastos administrativos y prestación.

g) Vigilar en los municipios de su jurisdicción el cumplimiento a los usuarios de la libre elección de IPS y el plan obligatorio de salud, por parte de los asegurados de los diferentes regímenes, teniendo en cuenta la red prestadora de servicios de la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública en los términos señalados en esta ley.

Artículo 7°. *De los Municipios y Distritos.*

Se detallan funciones de los municipios y distritos en el SGSSS. En seis literales se desarrolla el artículo, sobre dos de los cuales (a y e) se introducen ajustes, y se adiciona uno (g). Los dos literales corregidos dicen en el texto aprobado del Senado:

a) Presupuestar y ejecutar mediante encargo fiduciario los recursos para el régimen subsidiado.

e) Velar porque haya una libre elección de IPS por parte de los asegurados de los diferentes regímenes teniendo en cuenta la red prestadora de servicios autorizada para la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública.

Con el fin de proteger y administrar eficientemente, en la esfera de la seguridad social, los recursos del sistema en las jurisdicciones territoriales sin menoscabar la autonomía de su gestión en esta materia, se introduce su administración territorial mediante cuentas maestras. Ese ajuste sustituye la administración por fiducias.

Se mejora la redacción del literal e). La adición de un nuevo literal (g) es porque para los municipios certificados se debe dejar clara la competencia de gestión y administración de recursos para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. De acuerdo con ello, los literales corregidos y adicionados son:

a) Presupuestar y ejecutar a través de una cuenta maestra en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, los recursos para el régimen subsidiado.

e) Velar en su jurisdicción por el cumplimiento a los usuarios de la libre elección de IPS y del plan obligatorio de salud, por parte de los asegurados de los diferentes regímenes teniendo en cuenta la red prestadora de servicios de la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública.

g) Los municipios certificados deben administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos disponibles para la atención de la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS, contratando preferentemente con Empresas Sociales del Estado. Se prohíbe la prestación pública de servicios de salud a cargo directamente de las entidades territoriales.

De dos párrafos en este artículo, se corrige el número 1, y se elimina el segundo. La versión original de estos párrafos es:

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social a través de la Superintendencia de Salud podrán ordenar de oficio y en cualquier momento, el giro directo a las IPS por parte de la fiducia, para cubrir cartera reconocida por la EPS del Régimen Subsidiado en caso de que dichas EPS no cumplan con el flujo de recursos ordenado en la presente ley.

Parágrafo 2°. El Ministerio de la Protección Social seleccionará y reglamentará las entidades fiduciarias de naturaleza pública o las entidades financieras de carácter público que celebren contratos de fiducia pública con las cuales los municipios podrán celebrar los contratos de encargo fiduciario de los recursos del Régimen Subsidiado con la formalidad del Convenio Interadministrativo.

La introducción de Cuentas Maestras en lugar de Fiducias, coloca en el mercado financiero abierto, con la garantía reguladora del Estado, la administración de recursos. Y dentro de esta norma, se adelantarán todas las operaciones de giros, pagos, cruces de cuentas, relacionadas con contratos de subsidio. De allí que para el parágrafo 1, se mejora la redacción y, además, se cambia “lo ordenado por la presente ley” por “la normatividad vigente” porque no debe restringirse al cumplimiento de lo establecido en esta ley, sino a la totalidad de las normas relacionadas.

Por la misma razón descrita, se desmonta la injerencia calificadora del ministerio contenida en el parágrafo 2°. El parágrafo subsistente queda así:

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social, podrá ordenar de oficio y en cualquier momento, el giro directo a las IPS a través de la cuenta maestra respectiva, para cubrir cartera reconocida por la EPS del Régimen Subsidiado en caso de que dicha EPS no cumpla con la normatividad vigente relacionada con el flujo de recursos.

Artículo 8°. *De las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

a) Diez punto treinta (10.30) para financiar la compensación del Régimen contributivo en el Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan;

b) Uno punto veinte (1.20) para financiar la subcuenta para el Régimen Subsidiado;

c) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar la subcuenta de Salud Pública Colectiva del Fosyga;

d) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar las incapacidades por enfermedad general a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

Al anterior enunciado del artículo 8° aprobado en Senado, se le propone un cambio literalmente completo, a fin de que además de ampliar el universo de subsidiados, se estimule mediante cofinanciación (subsidio parcial) de la cotización al régimen contributivo para mantener el esfuerzo de poblaciones afectadas temporalmente por desempleo, contracción de ingresos o subempleo. Y se opta por esta alternativa pues desde la cuenta del régimen subsidiado del Fosyga, las entidades territoriales no están autorizadas para cofinanciar cotizaciones al contributivo. Mejor hacerlo desde esta cuenta del contributivo del Fosyga.

Esta modificación afecta por supuesto el incremento de 0.20 puntos para la cuenta del subsidiado. Y adicionalmente, a través de un párrafo que se adiciona al artículo, se crea dentro de la Cuenta de compensación una Subcuenta de Promoción y prevención de la salud. En consecuencia el artículo completo queda así:

El artículo 8° quedará así:

Artículo 8°. *De las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

a) Diez punto treinta (10.50) para financiar la compensación del Régimen contributivo en el Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan. De los cuales el cero punto veinte (0.20) se destinará para subsidiar la cotización al régimen contributivo de los afiliados que transitoriamente queden desempleados o presenten caída de ingresos, o de población subempleada con menos de dos smmlv, previo a los recursos disponibles y el reglamento que expida para tal efecto el Gobierno Nacional;

b) Un punto (1.0) para financiar la cuenta solidaridad para el Régimen Subsidiado, en el Fosyga;

c) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar la cuenta de Salud Pública Colectiva del Fosyga;

d) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar las incapacidades por enfermedad general a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo. Dentro de la cuenta de compensación, se constituirá una Subcuenta de Promoción y Prevención individual de la salud, acciones estas últimas que deben desarrollar de manera obligatoria las EPS, según directrices que trace el Ministerio de la Protección Social. A esta Subcuenta deberá destinarse cero punto quince (0.15) puntos de los que quedan en la cuenta de compensación, y se le trasladarán los activos de la cuenta de Promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Artículo 9°. *Del Sistema General de Participaciones en Salud.*

Debido al cambio sobre la administración de recursos del sistema por parte de las entidades territoriales que se introduce en el artículo 17

de esta ley, se modifica el canal del giro de estos recursos en el literal a) de este artículo. El literal b) también se modifica por una mejor redacción. Los literales ajustados quedan así:

A partir de la vigencia de la presente ley los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se distribuirán de la siguiente manera:

a) 65% para la financiación del Régimen Subsidiado, que se asignarán a cada entidad territorial responsable de la afiliación al Régimen Subsidiado, y que se girarán a través de la cuenta maestra ilustrada en el artículo 17 de esta ley;

b) 25% para la financiación de la atención a población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS subsidiado mediante la contratación que realicen las entidades territoriales con Empresas Sociales del Estado, salvo excepciones que la dificulten. Los recursos se transferirán a los Fondos Territoriales de Salud, de acuerdo con los porcentajes de distribución que establezca el Conpes para los diferentes niveles de complejidad y los niveles territoriales correspondientes.

Artículo 10. Financiamiento del Régimen Subsidiado.

El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

De los diez literales (del a al j) que trae el texto del Senado como lista de fuentes de recursos, se modifican dos (b y e), se adicionan tres (f, g, h), y como consecuencia se cambian las letras ordinales de la g a la j), corriéndose alternativamente hasta la letra m.

Conforme al cambio introducido en el artículo 8°, se modifica el literal b) manteniendo el traslado de solo 1.0 punto a la cuenta del régimen subsidiado desde la del Contributivo. Además, se hace explícito que esa transferencia incluye también a las cotizaciones de regímenes que aún subsisten por fuera del Sistema de Ley 100.

El nuevo literal f) establece una contribución al régimen subsidiado de dos grupos de actividades económicas que obtienen visibles beneficios del mercado de medicamentos y de equipos y dotaciones hospitalarias, mercado este sustentado por la dinámica del SGSSS.

El nuevo literal g), establece un traslado del 5% del total recaudado por el parafiscal que alimenta al ICBF. Este cambio es una excusa para obligar al sistema a hacer definitivamente universal la cobertura inmediata de la infancia. Y simultáneamente comprometer la gestión del ICBF en la esfera institucional responsable del SGSSS; de hecho, su ausencia marca una deficiencia en temas de nutrición en el Sistema.

El nuevo literal h) aprovecha que los recursos comprometidos para el fondo Fonede han registrado pobre ejecución desde su conformación. Literalmente no han sido usados. Sin sustituir su destinación, establece que los montos no utilizados por este fondo en cada vigencia fiscal, se transfieran a la cuenta del régimen subsidiado.

El artículo 10 queda así:

Artículo 10. Financiamiento del Régimen Subsidiado.

El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

a) El 65% del total del Sistema General de Participaciones en Salud;

b) Uno punto veinte (1.20) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y los aportes de los regímenes exceptuados;

c) Un aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, que para el año 2006 será igual a cuatrocientos veinte mil millones de pesos (\$420.000.000.000) y que se incrementará anualmente en un 10% real hasta que se logre igualar el monto que generen anualmente los recursos de que trata el literal b) del presente artículo;

d) El 30% del total de los recursos provenientes de rentas cedidas a los departamentos destinadas a salud;

e) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;

f) El 93% de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que corresponden a los municipios y Distritos y que son recaudados por la Empresa Territorial para la Salud, Etesa;

g) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley;

h) Las contribuciones de las agremiaciones de la población destinadas a cofinanciar el Régimen Subsidiado;

i) Los recursos propios de las entidades territoriales que estas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre no asegurada conforme a lo previsto en la presente ley;

j) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Artículo 11. Texto aprobado en plenaria de Senado.

Artículo 11. *Fuentes de recursos para la red pública de prestación de servicios de salud.*

Las siguientes fuentes serán las que financian la operativización de la red pública de prestación de servicios de salud para la atención de la población pobre no asegurados y atención de actividades no POS.

Dado que este artículo se refiere a la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, su encabezamiento debe referirse a ello; de allí su nueva redacción, al igual que la del párrafo con que se inicia el artículo. En lo referente al tema de la financiación de las IPS públicas, en el correspondiente título de esta ley (artículo 41, nuevo de este pliego), se detallan sus fuentes.

De igual manera, se da una nueva redacción al literal d), para evitar equívocos con los recursos propios de las entidades territoriales.

El artículo 11 quedará así:

Artículo 11. Fuentes de recursos para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Para la prestación de servicios de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las entidades territoriales contarán con las siguientes fuentes:

a) El 25% del total del Sistema General de Participaciones en Salud;

b) El 70% de las Rentas Cedidas para Salud;

c) Recursos provenientes del sesenta y cinco por ciento (65%) de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del Fosyga, con énfasis en los hospitales universitarios, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca el CNSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica e investigación;

d) Otros recursos propios de las entidades territoriales, que estas destinan para el efecto.

Parágrafo. De los recursos del literal b) el Ministerio de la Protección Social reglamentará lo correspondiente para el funcionamiento de las Direcciones Territoriales de Salud.

Artículo 13. *Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo.*

Las cuatro cuentas del Fosyga, deberán llamarse así: Cuentas y no subcuentas. Además, lo que materializa el alto costo son eventos o servicios, y no las enfermedades. De allí la precisión del título del artículo y se elimina la palabra Unico del párrafo.

Artículo 13. *Cuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo.*

Artículo 14. *Subcuenta para Financiación de Eventos Catastróficos, accidentes de tránsito y enfermedades de alto costo.*

Artículo 14. Cuenta para Financiación de Eventos Catastróficos, de alto costo y de accidentes de tránsito.

En seis literales desarrolla este artículo las fuentes de recursos de esta cuenta. Se corrigen dos literales (c y d), se adiciona uno (f), y se corre el anterior f para ser g. En el literal c) se hace corrección gramatical. La corrección del literal d) se debe a que la administración de este ítem debería tener la connotación de reserva, y no de gasto, para que la figura de reaseguro le otorgue al exceso de gasto a eventos de alto costo una mayor seguridad financiera.

La adición del literal f) es para convertir estos recaudos en fuente de esta cuenta, pues estas sanciones originan recursos que corresponden por omisión al SGSSS, pues su falencia se traduce en ausencia de garantías para contingencias de salud.

Dichos literales quedan así:

c) Los aportes presupuestales del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República para las víctimas del terrorismo, cuando dicho Fondo se extinga.

d) Los recursos obligatorios que aporten las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado correspondientes al 2% de la UPC del respectivo régimen que se destinarán a la conformación de reservas para constitución de un reaseguro para cubrir el financiamiento del exceso de gasto en el componente de enfermedades de alto costo de acuerdo con la reglamentación que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

f) Los recaudos de recursos por sanciones impuestas por las autoridades de tránsito a conductores cuya infracción es no disponer o tener vencido el Seguro Obligatorio SOAT.

Artículo 15. *Subcuenta para la salud pública colectiva.*

En cuatro literales se presentan las fuentes de recursos para esta Cuenta. De acuerdo con el ajuste propuesto en el artículo 8° de este pliego, se modifica el literal c) al transferir los recursos de la extinta Subcuenta de Promoción de la Salud a una Subcuenta en la Cuenta de Compensación constituida con un fin similar. Y se sustituye por una responsabilidad del Gobierno Nacional. En consecuencia el nuevo literal c) del artículo 15 es:

Artículo 15. *Cuenta para la salud pública colectiva.*

c) Los recursos que el Presupuesto General de la Nación destina hoy a programas de salud pública y prevención de salud tales como vacunación, control de enfermedades de transmisión sexual, entre varios, estos

recursos crecerán cada año con el IPC general y no podrán ser inferiores a los destinados en el Presupuesto General de la Nación para la vigencia del 2004.

Artículo 16. *Subcuenta para el Régimen Subsidiado.*

Se ajusta el título a la especificación de Cuentas en el Fosyga. En seis literales señala el texto aprobado en Senado las fuentes de recursos de esta cuenta. De acuerdo con los cambios señalados en los artículos 8 y 10 del presente Pliego, en este artículo se especifican las fuentes de recursos para el régimen subsidiado que se canalizan por vía de la Cuenta en el Fosyga.

Por ello se modifican los literales a), b), y se introducen nuevas fuentes en los literales e), f) y g), lo que ocasiona que los literales del artículo ahora son 9: hasta la i.

El artículo 16 quedará así:

Artículo 16. *Cuenta para el Régimen Subsidiado.*

A la Cuenta del Régimen subsidiado en el Fosyga deberán llegar los siguientes recursos:

a) Un punto (1.0) de los doce (12) cotizados obligatoriamente por los afiliados al Régimen Contributivo y el aporte de los regímenes exceptuados;

b) El aporte de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;

c) El aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, de que trata el literal c) del artículo 10 de la presente ley;

d) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley;

e) Recursos provenientes del establecimiento de una contribución de las utilidades de las empresas de la industria farmacéutica y de las proveedoras de equipos y dotaciones clínico-hospitalarias;

f) El 5% de los recaudos del aporte parafiscal administrado por el ICBF;

g) Los recursos no ejecutados en cada vigencia fiscal del Fonede, creado en el artículo 6° de la Ley 789 de 2002;

h) Los activos de la actual subcuenta de solidaridad del Fosyga;

i) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Artículo 17. *Flujo de los Recursos del Régimen Subsidiado.*

Se sustituye completamente por una propuesta que ofrece mayor agilidad, seguridad, manejo oportuno, y sin costos administrativos, en la medida en que se hace por red financiera idónea, con mecanismos de probada aplicación, y con la garantía de la vigilancia de la Superintendencia Financiera Colombiana. El “blindaje” que ofrece la modalidad de Cuentas Maestras debe aprovecharse para hacer el manejo de los diferentes recursos del SGSSS con las entidades territoriales.

El artículo 17 quedará así:

Artículo 17. *Flujo de los recursos del régimen subsidiado en los Fondos locales, distritales o departamentales de Salud.*

Los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de la Subcuenta (cuenta) de Solidaridad del Fosyga y los demás recursos que se destinen a financiar el Régimen Subsidiado serán manejados por

las entidades territoriales en los respectivos Fondos de Salud, mediante cuentas maestras, abiertas en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, ubicadas en el respectivo municipio o distrito, o en su defecto en la capital del respectivo departamento.

Estos recursos serán girados a la cuenta maestra que cada municipio acredite ante los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social. Los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

Solo podrán ser beneficiarias de las cuentas maestras, las Administradoras del Régimen Subsidiado, entidades que tendrán una sola cuenta bancaria por departamento para tal fin.

Parágrafo. Las cuentas actualmente registradas ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el giro de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la atención de la población pobre mediante subsidios a la demanda, podrán actuar como cuenta maestra siempre y cuando se ajusten los respectivos convenios con las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia conforme a lo previsto en el presente decreto.

Adiciónase el siguiente artículo.

Artículo 18 (nuevo). Cuenta Maestra. Para los efectos de esta ley se entiende por cuenta maestra, la cuenta que por **manejar exclusivamente** los recursos del Régimen Subsidiado solo acepta como operaciones débitos aquellas que se destinen a otra cuenta bancaria que pertenece a una Administradora de Régimen Subsidiado. Toda transacción que se efectúe con cargo a los recursos que financian el régimen subsidiado, proveniente de la cuenta maestra, deberá hacerse por transferencia electrónica.

Parágrafo 1°. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud únicamente cuando las Administradoras del Régimen Subsidiado sean objeto de la medida giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 2°. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud con las cuales tenga contrato para la ejecución de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 715 de 2001.

Artículo 19. *En el texto de Senado correspondía al artículo 18 el cual tenía el siguiente texto.*

Artículo 18. *Contratación con la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.*

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS del régimen subsidiado, se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado del respectivo municipio, y en caso de no existir el nivel de complejidad requerido, lo harán con ESE de referencia de la red correspondiente. En todo caso, la sumatoria de la contratación efectiva con la red pública en el respectivo territorio por parte de la EPS del régimen subsidiado cumplirá con el porcentaje mínimo establecido.

La EPS-ISS contratará al menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de los servicios que requiera con Empresas Sociales del Estado.

El Gobierno Nacional reglamentará la transición en esta materia, hasta que se hayan constituido las ESE conforme a lo previsto en la presente ley.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, esta modalidad no podrá exceder el cuarenta y ocho (48%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Parágrafo único. Para efectos de evaluar la contratación mínima obligatoria de las EPS del régimen subsidiado y la EPS-ISS con la red pública, los entes de interventoría, inspección vigilancia y control, la evaluarán en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

El artículo 19 quedará así:

Artículo 19. Contratación con Instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud.

Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS del régimen subsidiado, se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado o con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter privado que tengan el carácter de FUNDACION o Institución de utilidad común habilitadas y que a la fecha de la contratación lleven más de dos (2) años de acreditación ante la respectiva entidad territorial conforme al Decreto 2309 de 2002.

La EPS-ISS durante un período de tres años contratará obligatoriamente un porcentaje de los servicios que requiera con las Empresas Sociales del Estado creadas mediante el Decreto-ley 1750 de 2003. Dicho porcentaje será como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) el primer año, sesenta por ciento (60%) el segundo y cincuenta y cinco por ciento (55%) el tercero.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, esta modalidad no podrá exceder el cincuenta y dos por ciento (52%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni inferior al cuarenta y cinco por ciento (45%) de la misma.

Parágrafo 1°. La evaluación de la contratación mínima obligatoria de las EPS del régimen subsidiado y la EPS-ISS con las Empresas Sociales del Estado, se hará por las entidades de inspección, vigilancia y control, en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

Parágrafo 2°. Para efectos de la aplicación del presente artículo se consideran IPS públicas las ESE de carácter nacional, departamental, distrital y municipal, las IPS indígenas y las IPS que operen en infraestructura pública entregada en comodato o administración a los trabajadores.

Parágrafo 3°. Las EPS contratantes no podrán tener participación alguna o por intermedio de terceros en la IPS contratista.

Adiciónase el siguiente artículo.

Artículo 20 (nuevo). Estímulo para el beneficio de mayor contratación.

Se beneficiarán del tratamiento preferencial señalado en el artículo anterior las ESE que se hayan transformado empresarialmente, en términos efectivos, según lo estableció el artículo 197 de la Ley 100 de 1993. En consecuencia, y en armonía con el artículo 242 de la misma ley, los pasivos laborales de la ESE calificada para tal beneficio deben contar con el soporte de una respectiva contrapartida o respaldo financiero-actuarial, además de otros cambios como organización empresarial.

Parágrafo 1°. En Sala Conjunta con la Superintendencia de Industria y Comercio, la Superintendencia Nacional de Salud elaborará un

grupo de indicadores de organización y desempeño empresarial con los que se orientará, capacitará y vigilará a las ESE para calificar su organización y eficiencia, a partir de una adecuada presupuestación y asignación de recursos.

Parágrafo 2°. Con el fin de apoyar la transformación empresarial de las ESE que no se hayan acogido a los cambios anotados en este artículo, el Ministerio de la Protección Social adquiere el compromiso de fortalecer un programa de Capacitación-Asistencia Técnica con base en el cual se obligue a estas ESE a la transformación.

Adiciónase el siguiente artículo.

Artículo 21 (nuevo). (Viene de ser el 57 del Senado).

Artículo 21. Del Pasivo Prestacional de las Empresas Sociales del Estado.

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

Parágrafo. Concédase plazo de un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y entes territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental.

Artículo 22. En el texto de Senado correspondía al artículo 19 el cual tenía el siguiente texto.

Artículo 19. Del aseguramiento en salud.

Desde el título **Del Aseguramiento** que inicia en este artículo, los números de los artículos del texto aprobado en Senado no coinciden con los del Pliego de Modificaciones que trata este documento. Por ejemplo, este artículo 19 corresponde al artículo 22 del Pliego. Y se aprovecha para introducir unas precisiones de contenido, como los de responsabilidades del asegurador que debe garantizar servicios de prevención y promoción, hasta las de gestión también del plan de beneficios.

El artículo 22 quedará así:

Artículo 22. Del aseguramiento en salud.

Para efectos de la presente ley entiéndase por aseguramiento la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual se protege financieramente una persona y su familia frente al riesgo de enfermar. Mediante este mecanismo, con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) recibida, la entidad aseguradora garantiza un plan de beneficios que incluye servicios personales tanto en el ámbito de la prevención y promoción, como de la atención, rehabilitación y apoyo denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).

Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la gestión del plan de beneficios mediante la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad de la atención en salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Artículo 23. En el texto de Senado correspondía al artículo 20 el cual tenía el siguiente texto.

Artículo 20. Las Entidades Promotoras de Salud.

De la versión de Senado, se elimina el segundo párrafo, y los párrafos 1° y 2°, y se ajusta la redacción del tercer párrafo. La exclusión de EPS con ánimo de lucro en la administración del régimen subsidiado, es una limitante a la competencia, y la condena al marchitamiento. Las otras correcciones tienen el fin de subrayar la prohibición de presiones y fomento a prácticas antiéticas por parte de los aseguradores. Y también se mejora la redacción y se amplía el concepto de incentivos pues estaba limitado a los incentivos por prestigio en el tercer párrafo.

El artículo 23 quedará así:

Artículo 23. Las Entidades Promotoras de Salud.

Las EPS estarán obligadas a cumplir integralmente con el plan de beneficios, actuando con ética y sin ejercer ningún tipo de presión o condicionamiento sobre los profesionales de la salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que conlleven al detrimento de la atención de usuario, en cuanto a la formulación o realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, medicamentos, u otros elementos e insumos.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social establecerá, en un lapso no mayor a seis meses de expedida la presente ley, una política de incentivos para la acreditación de prestadores y entidades administradoras de planes de beneficios, las que mediante indicadores, deberán acreditar el mejoramiento o mantenimiento del estado de salud, reflejado en cambios positivos del perfil epidemiológico de su población afiliada en una región determinada y el eficiente y adecuado control del gasto en salud.

Artículo 24. En el texto de Senado correspondía al artículo 21 el cual tenía el siguiente texto.

Artículo 21. Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.

Este artículo, que en el pliego pasa a ser el 24, señala algunas características operativas y conceptuales con las que se complementan o modifican algunas que rigen actualmente el régimen contributivo. Esas nuevas características se detallan en 13 literales (hasta el m).

Se introducen modificaciones en los siguientes literales:

a) Se especifica que las personas con actividad económica, y con ingresos presuntos de capacidad de pago deben afiliarse al régimen contributivo;

g) Se establecen exenciones de pagos de cuotas moderadoras y copagos. Tanto en sujetos como en eventos;

h) Beneficios de sumatorias de tiempo de cotización se extienden también a trabajadores independientes;

i) Para trabajadores con alta temporalidad debe garantizárseles estabilidad de cobertura;

j) Para trabajadores no dependientes, con contratos mayores a seis meses, se les garantiza aporte del “empleador” (contratante);

k) El aporte del empleador no debe traducirse en menoscabo de los pagos al trabajo.

Se adiciona un párrafo que le establece al Gobierno la tarea de hacer convergentes los cambios de este artículo con la reglamentación Inter.-sistemas de todo el sistema integral de seguridad social

De acuerdo con lo señalado, los literales con sus cambios son los siguientes:

El artículo 24 quedará así:

Artículo 24. *Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.*

a) Deberán afiliarse al régimen contributivo las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados, los trabajadores independientes y en general toda persona con capacidad de pago;

g) El CNSSS establecerá el régimen de copagos y cuotas moderadoras, teniendo en cuenta que los pensionados por jubilación, invalidez, vejez, sobrevivientes y sustitución con dos o menos de dos salarios mínimos de mesada pensional, estarán exentos del pago de cuotas moderadoras y copagos. **Igualmente** estarán exentos de cuotas moderadoras y copagos las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, y previo estudio de sostenibilidad financiera los afiliados cotizantes con un (1) smlmv;

h) La sumatoria de la antigüedad que constituyan los afiliados, bajo cualquiera de las condiciones laborales señaladas en el inciso a) de este artículo, en diferentes EPS con sus aportes al régimen contributivo, se mantendrá y contabilizará para superar los períodos de carencia. Esta característica se mantendrá hasta por lo menos un año de suspendidos los aportes. Igualmente, en el caso de que los afiliados se trasladen al Régimen de subsidio total o parcial sus derechos se reconocerán cuando recuperen su capacidad de regresar al régimen contributivo;

i) El CNSSS establecerá excepciones en la afiliación y compensación en aquellos municipios en donde no haya oferta de EPS del régimen contributivo o haya menos de 1.000 afiliados al régimen contributivo, o para el caso de personas subsidiadas con afiliación intermitente al régimen contributivo. Específicamente, los contratos laborales con prevalencia de temporalidad, o sea, los contratos menores de seis (6) meses, en los que el contratista sea afiliado al régimen subsidiado, el Contratante cotizará a la Cuenta de Solidaridad del Fosyga en los términos que se establecen en los siguientes literales;

j) Todo contrato en el que esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a seis (6) meses, la parte contratante deberá realizar la afiliación y pago de aportes al régimen contributivo y en la EPS que seleccione el contratista;

k) Para cumplir con lo estipulado en los dos literales anteriores el valor del contrato correspondiente se mensualizará por el término de tiempo contractual y sobre el equivalente al 50% de la mensualidad inferida se calculará la cotización correspondiente del 12%, la cual será asumida y pagada por el contratante a la EPS que señale el contratista, sin menoscabar los pagos pactados al trabajo y sin que ello genere la constitución de vínculo laboral. Se entiende que el 50% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Hacienda y de la Protección Social ajustarán las respectivas reglamentaciones para que la correspondencia entre los aportes al SGSSS, al Sistema General de Pensiones, y al Sistema de Riesgos Profesionales asimilen los cambios introducidos en este artículo.

Artículo 25. En el texto de Senado correspondía al artículo 22 el cual tenía el siguiente texto:

Artículo 22. *Características básicas de la operación del Régimen Subsidiado.*

En once literales (hasta el **k**), en este artículo que corresponde al 25 del Pliego de Modificaciones, se exponen nuevas características del régimen subsidiado y se adiciona un parágrafo.

El artículo 25 quedará así:

Artículo 25. *Características básicas de la operación del Régimen Subsidiado.*

Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen subsidiado:

a) Se beneficiarán con subsidio total en el Régimen Subsidiado, la totalidad de las personas pobres y vulnerables del país en el área rural y urbana, no afiliadas al régimen contributivo ni a ningún régimen de excepción y clasificados en los niveles 1 y 2 mediante el Sisbén o cualquier otro instrumento que se defina;

b) Una vez asegurada la población descrita en el literal anterior con subsidio total, las personas susceptibles de subsidio clasificadas en el nivel 3 del Sisbén o cualquier otro instrumento que defina el Gobierno Nacional susceptible del subsidio, lo recibirán total o parcialmente de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley. Los subsidios parciales aplicables al nivel 3 no podrán ser inferior al 50% de la UPC del Régimen Subsidiado y los subsidios o cofinanciación a la cotización dependerán de los recursos disponibles, se aplicarán a discreción del beneficiario a su afiliación del Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado pleno o al aseguramiento o de la porción del POS que defina el CNSSS. El Gobierno dará prioridad a las mujeres cabeza de familia y adulto mayor;

c) Los municipios y distritos aplicarán el instrumento que defina el Gobierno Nacional mediante el cual se identificará la población susceptible de recibir el subsidio en salud en su territorio. El CNSSS podrá definir mecanismo de identificación para aquellos beneficiarios que por sus características especiales no se les aplique la encuesta Sisbén;

d) El municipio será el encargado de recolectar la información de los beneficiarios del subsidio y enviar la base de datos a las respectivas Direcciones Departamentales de Salud y esta, una vez ejerza la adecuada supervisión de los datos, la enviará a la central de datos del nivel nacional;

e) Sólo se considerará efectivamente afiliado, aquella persona que haya escogido EPS, se encuentre incluida en su base de datos de afiliados contratados y esté debidamente carnetizada. La entidad competente de financiar el Régimen Subsidiado, sólo podrá cancelar a las EPS los subsidios de los usuarios efectivamente afiliados;

f) En acatamiento del proceso de libre elección, los municipios, distritos y departamentos firmarán los contratos con la EPS elegida por el usuario;

g) El Ministerio de la Protección Social directamente o a través de las Direcciones Territoriales de Salud intervendrá de oficio para representar a los afiliados acatando el proceso de libre elección de EPS y firmará los contratos correspondientes en su nombre, cuando el representante legal del municipio, distrito o departamento no los haya firmado, transcurridos quince (15) días calendario a partir de la fecha en que debe iniciar la ejecución de los mismos;

h) El Ministerio de la Protección Social reglamentará los mecanismos para la ejecución de la interventoría, que será contratada por parte de las entidades territoriales, y que será sobre aspectos técnicos, administrativos y financieros. Con el fin de suministrar recursos para estas interventorías las entidades territoriales destinarán hasta el 0.5% de los recursos del régimen subsidiado y no será con cargo a estas;

i) La población pobre y vulnerable que no tenga una residencia permanente accederá al Régimen Subsidiado de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social;

j) En el régimen subsidiado no habrá preexistencias. Se aplicarán los períodos de carencia vigentes para el Régimen Contributivo para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

k) El carné entregado a los afiliados al Régimen Subsidiado tendrá vigencia por el término para lo cual se convoque el concurso para la operación regional. La entidad territorial correspondiente, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, verificarán dentro de los tres (3) meses anteriores al inicio de cada vigencia contractual que los afiliados mantengan sus condiciones para

ser beneficiarios y de acuerdo a ello, definirán el número de afiliados activos para el siguiente período contractual.

Parágrafo. De conformidad con el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud del nivel 1 (uno) del Sisbén, población en extrema pobreza y en estado de indigencia, están exentos de Copagos. Los demás copagos del régimen subsidiado, se harán de acuerdo a los artículos 11 y 12 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El usuario que demuestre su incapacidad para el cubrimiento del copago, no estará obligado a asumirlo y su costo estará a cargo del asegurador.

El Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con la incapacidad de pago.

Artículo 26. En el texto de Senado correspondía al artículo 23 el cual tenía el siguiente texto.

Artículo 23. Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.

Se introducen ajustes de redacción, para estandarizar de acuerdo con ajustes que se hicieron en el artículo 17 sobre flujo de recursos a las entidades territoriales, a los literales *a)* y *e)*.

El artículo 26 quedará así:

Artículo 26. *Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.*

La elección de las Entidades Promotoras de Salud se hará libremente por los usuarios en cada municipio conforme las siguientes reglas:

a) El CNSSS definirá el número y conformación de las regiones de operación del régimen subsidiado y seleccionará las EPS autorizadas para cada región, mediante concurso público cada cuatro años, teniendo en cuenta entre otros aspectos, la disponibilidad de red de servicios suficiente garantizada por la aseguradora, la preferencia de los afiliados de la respectiva región, la satisfacción de los actores del sistema en la región, cobertura de municipios en la región, cartera de la EPS del régimen subsidiado con las IPS que prestan el POS;

b) El listado de las EPS autorizadas para la región, se publicará ampliamente por cada entidad territorial, para efecto de que las personas con derecho a afiliación en el régimen subsidiado escojan de manera individual a la EPS, y se afilien mediante contrato, para la persona y su núcleo familiar;

c) La EPS entregará carnés a quienes la escojan, diligenciará el formulario de afiliación, orientará acerca de sus deberes y derechos, y los procedimientos de acceso a servicios;

d) Los actuales afiliados a una entidad del régimen subsidiado continuarán afiliados a la misma entidad si no manifiestan intención contraria siempre y cuando la entidad haya sido habilitada para operar en la respectiva región;

e) La relación de los carnés de afiliación debidamente entregados y el registro único de afiliación serán el soporte para la firma del contrato entre la EPS y la entidad territorial y los respectivos giros del Fosyga y la autorización de pagos únicamente a través de la cuenta maestra suscrita por el Fondo de Salud;

f) El CNSSS reglamentará el proceso y procedimientos para realizar la libre elección de EPS del régimen subsidiado que operarán en municipios mayores de 100.000 habitantes;

g) El Gobierno Nacional reglamentará la forma que permita que en los municipios que tengan menos de 30 mil habitantes, entre todas las opciones, la población beneficiaria del subsidio escoja una o dos EPS y en aquellos de más de treinta mil y menos de 100 mil habitantes un máximo de cuatro EPS por municipio;

h) El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de veedurías para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS.

Parágrafo. En los municipios que tengan menos de 30.000 habitantes y los beneficiarios vengán afiliados a una EPS pública del régimen

subsidiado del orden nacional, esta podrá seguir funcionando, pero el total de las EPS del régimen subsidiado de ese municipio no podrá ser más de dos. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Artículo 27. *En el texto de Senado correspondía al artículo 24 el cual tenía el siguiente texto.*

Artículo 24. *Contratación del Régimen Subsidiado.*

Se modifica el segundo párrafo, para hacerlo consistente con el cambio de administración territorial de los recursos para coberturas subsidiadas.

El artículo 27 quedará así:

Artículo 27. *Contratación del Régimen Subsidiado.*

Cada municipio suscribirá un contrato de aseguramiento con cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS seleccionada conforme las reglas establecidas en la presente ley.

La Entidad Promotora de Salud contratada recibirá bimestre anticipado por medio de una cuenta maestra en la que debe haberse registrados previamente, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

Los Gobernadores y/o Alcaldes tendrán un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para proceder a la liquidación de mutuo acuerdo, en compañía de las ARS, los contratos que hayan firmado las Entidades Territoriales como consecuencia de la operación del régimen subsidiado desde el inicio del mismo en cada Entidad Territorial. El incumplimiento de lo anterior será causal de mala conducta y por lo tanto tendrá los efectos legales de la ley disciplinaria.

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

Artículo 28. En el texto de Senado correspondía al artículo 25 el cual tenía el siguiente título:

Artículo 25. *Los tipos de contratación entre aseguradores y prestadores de servicios.*

Se modifica el título, pues el artículo se refiere es a mecanismos de pago, más que de contratación.

El título del artículo 28 quedará así:

Artículo 28. *Las modalidades de pago entre aseguradores y prestadores de servicios.*

Artículo 29. En el texto de Senado correspondía al artículo 26 el cual tenía el siguiente texto:

Artículo 26. Planes adicionales de salud y planes complementarios.

El artículo 26 se convierte en 29. En el primer párrafo se amplía el espectro de afiliaciones obligadas para suscribir otros planes adicionales a regímenes especiales, y se amplía la responsabilidad de la entidad Contratante o Vendedora del adicional a todo el período de vigencia del plan adicional. En el tercer párrafo se actualiza la denominación de la entidad estatal que debe autorizar el componente financiero, tema del artículo.

El artículo 29 quedará así:

Artículo 29. *Planes adicionales de salud y planes complementarios.*

Para adquirir planes complementarios o planes adicionales de salud, suscribir contratos de medicina prepagada, suscribir pólizas de salud, el tomador deberá estar afiliado al régimen contributivo, régimen de excepción o régimen especial de los previstos en la ley; y será responsabilidad de la entidad contratante verificar el cumplimiento de esta exigencia durante toda la vigencia de la póliza complementaria o adicional.

Las entidades que presten servicios de planes adicionales de salud y planes complementarios deben ser autorizadas por la Superintendencia

Nacional de Salud, y en el caso de las pólizas de salud adicionalmente por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Suprímase el:

Artículo 27. Regulación de la Integración Vertical Patrimonial.

Artículo 30. En el texto de Senado correspondía al artículo 28.

El artículo 30 quedará así:

Artículo 30. Del Alto Costo.

Artículo 31. En el texto de Senado correspondía al artículo 29.

El artículo 31 quedará así:

Artículo 31. Del Plan de Beneficios.

CAPITULO V

De la prestación de servicios de salud

Es necesario establecerle un objetivo general a este título del proyecto de ley. De esta necesidad surge un nuevo artículo, que expone la responsabilidad de la administración pública de garantizar a la población la disponibilidad adecuada de servicios de salud. Ese es el propósito del artículo 32 del pliego, que no sustituye ni corrige ningún artículo del texto que viene del Senado.

Adiciónase el siguiente artículo:

Artículo 32 (nuevo). *De la organización de la prestación de servicios.*

Es responsabilidad de las Entidades Territoriales de salud garantizar a la población de su jurisdicción el acceso oportuno, integral, suficiente y con calidad a los servicios de salud de carácter individual y colectivo.

En consonancia con lo anterior, son las Direcciones Territoriales, en coordinación con los demás actores del sistema, las responsables de organizar la red de prestadores de servicios de salud con los niveles de complejidad suficientes para responder a las necesidades y problemas de salud acorde a los planes de beneficios.

Artículo 33. En el texto de Senado correspondía al artículo 30.

Artículo 30. De la regulación de la oferta hospitalaria.

La responsabilidad estatal de garantizar una adecuada oferta de servicios de salud, exige lo legislado en este artículo, que en el pliego se numera como 33. La regulación contenida en el artículo se refiere al conjunto de servicios de salud, y no solo a los hospitalarios. Adicionalmente, en el párrafo se introducen algunas variables referentes a la regulación del Ministerio de la Protección Social a través del Sistema General de Garantía de Calidad, con base en la cual emitirá o no las respectivas acreditaciones necesarias para la creación de las IPS.

El artículo 33 quedará así:

Artículo 33. De la regulación de la oferta de servicios.

La creación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud que pretendan ofertar servicios de mediana y alta complejidad, deberán ser aprobadas por el Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y las condiciones del mercado. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 34. En el texto de Senado correspondía al artículo 31.

Artículo 31. Manual de Tarifas.

La contratación de servicios con la oferta ha registrado severas dificultades. Con fines de obtener equilibrios, entre otros instrumentos se ha considerado establecer un Manual Unico Nacional de Tarifas y Procedimientos con los que se tenga referencia para esa contratación. Por lo demás cabe señalar que la tarifa no es la única variable que hay que tener en cuenta en el sistema obligatorio de garantía de calidad.

La instancia reguladora que debe tomar las decisiones al respecto es el CNSSS y no sus asesores o invitados.

El segundo párrafo se elimina, y en cambio se introduce un nuevo artículo (enseguida) más funcional y que entrelaza el título prestación de servicios con IVC.

El tercer párrafo se elimina pues la competencia para fijar escalas salariales es de las Asambleas y Concejos. La clasificación de los servidores está fijada por la Ley 909. Cabe recordar que el artículo 193 de Ley 100 fue improvidente con este aspecto, y parece que ha incidido desfavorablemente en las finanzas de los hospitales.

El artículo 34 quedará así:

Artículo 34. Manual Tarifario Unico Nacional.

El Gobierno Nacional, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y del Consejo Nacional de recursos Humanos, expedirá dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley un manual de tarifas expresado en salarios mínimos diarios vigentes, y un sistema único de códigos de procedimientos de salud por debajo del cual en ningún caso se podrá contratar la prestación de servicios. Si al momento de la expedición de la presente ley el gobierno ya ha expedido este manual se considerará vigente y lo revisará estructuralmente cada tres años.

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

Adiciónase el siguiente artículo.

Artículo 35. (Nuevo). El manual de tarifas, articulado mediante relacionamientos con indicadores mínimos de servicios de salud y de aseguramiento, consignados a su vez en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, permitirá a la Superintendencia Nacional de Salud elaborar una calificación y clasificación de las IPS y de las EPS en forma permanente. Tal ranking incentivará a estos operadores a buscar una mejor clasificación, y a la ciudadanía usuaria a escoger con base en mejor información.

Artículo 36. En el texto de Senado correspondía al artículo 32.

Artículo 32. De la libertad de escogencia de IPS.

Se introducen ajustes de redacción, que permiten introducir criterios de autonomía de los usuarios en el contexto de ofertas de IPS acreditadas. Los dos párrafos no experimentan ajustes

Artículo 36. De la libertad de escogencia de IPS.

Las EPS, de los diferentes regímenes, garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el registro de prestadores habilitados de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán sugerir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que obtengan la acreditación en salud según el sistema de garantía de la calidad.

Las IPS que obtengan la Acreditación en salud, tendrán derecho a ser incluidas en la red de servicios de la aseguradora del área. Ello sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS o diferentes a las IPS incluidas en la red de la EPS.

El artículo 36 quedará así:

Artículo 36. De la libertad de escogencia de IPS.

Las EPS, de los diferentes regímenes garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el registro de prestadores habilitados de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores

haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán sugerir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que obtengan la acreditación en salud según el sistema de garantía de la calidad.

Las IPS que obtengan la acreditación en salud, tendrán derecho a ser incluidas en la red de servicios de la aseguradora del área. Ello sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS o diferentes a las IPS incluidas en la red de la EPS.

Parágrafo 1°. Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o falsear la libre competencia para la prestación de los servicios de salud. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que habiéndose afiliado con la expectativa de una determinada red de prestadores y esta no sea cierta podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El régimen de movilidad general puede ser obviado si se demuestra alguna de las causales anteriores.

Parágrafo 2°. La aseguradora que viole el derecho a la libertad de escogencia de IPS deberá ser investigada y sancionada por las autoridades de vigilancia y control. En caso de que dicha violación sea reincidente por parte de la aseguradora, la autoridad competente, revocará su licencia de funcionamiento.

Artículo 37. En el texto de Senado correspondía al artículo 33.

Artículo 33. Defensor del Paciente.

Créase el Defensor del Paciente. Las EPS deberán contar con un defensor del paciente cuya función será la de ser vocero de ellos ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos relativas a la prestación de los servicios. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante. Esta instancia funcionará en cada una de las entidades aseguradoras, elegido por los usuarios de las EPS del régimen contributivo y subsidiado y su costo será asumido por la respectiva entidad de aseguramiento.

El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la sanción y publicación de la presente ley para reglamentar su estructura, atribuciones y operatividad.

El artículo 37 quedará así:

Artículo 37. Defensor del Usuario.

Créase el Defensor del Usuario. Cada EPS contará con un Defensor del Usuario cuya función será la de ser vocero de ellos ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos, relativas a la prestación de los servicios. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante. Esta instancia funcionará en cada una de las entidades aseguradoras, uno por cada régimen administrado por la respectiva EPS y cada región donde haga la administración, elegido por los usuarios de esa EPS. Los costos de su desempeño serán asumidos por las entidades de aseguramiento, a través de transferencias de aportes a la Superintendencia de Salud.

La Superintendencia de Salud, conjuntamente con la Defensoría del Pueblo, contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la sanción y publicación de la presente ley para reglamentar su elegibilidad, inhabilidades, perfil, estructura, atribuciones, competencias, recursos y operatividad.

Parágrafo 1°. La Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo garantizarán a la red de Defensores del Usuario del Sistema una atención y apoyo inmediato, para canalizar y resolver los conflictos, diferencias y querrelas que hayan trascendido la capacidad resolutive de cada Defensor en forma individual o colectiva.

Parágrafo 2°. La red de Defensores del Usuario dispondrá, por tarde al año de vigencia de la presente ley cuando se la proveerá la Superintendencia de Salud, de un manual o cartilla sobre los estándares míni-

mos de servicios con los que el usuario se ilustrará y orientará para solicitar y acceder a la atención. La labor inicial de cada Defensor consiste en adaptar esta cartilla a las especificidades de su respectiva EPS.

Parágrafo 3°. Una vez al año, el Defensor del Usuario convocará lo más ampliamente posible un acto público de rendición de cuentas, para presentar a sus defendidos el balance de su gestión y resultados de su desempeño. Con base en este acto, o en su incumplimiento, debe propiciarse su revocatoria o reelección.

Artículo 38.

Suprímase el artículo 34 correspondiente al texto de Senado:

Artículo 34. Defensor del Profesional de la Salud.

Por no tener unidad de materia con esta ley, y porque es más coherente con la ley de recursos humanos en el sector salud que se tramita actualmente en el Senado.

Artículo 38. En el texto de Senado correspondía al artículo 35.

Artículo 35. De la prestación de servicios por parte del Estado.

Se cambia la palabra Estado por instituciones públicas porque a esto es que hace referencia el artículo.

Por eso cambia tanto el título del artículo, como se ajusta el primer párrafo. Y se especifica en el tercer párrafo que la condición integrada de ESE puede tenerse en cualquier nivel de jurisdicción.

En consonancia con lo establecido en el artículo 20 de esta ley, se adiciona el parágrafo 1° del presente artículo con condiciones estrictas de integración de IPS públicas en forma eficiente.

En lo pertinente al segundo parágrafo, se elimina la contratación de la infraestructura con normas de la Ley 80, pues no es conveniente aplicar dos regímenes de contratación en una entidad ya que genera confusión y dificultades operativas, además de la pérdida de competitividad por aplicación del régimen público.

El artículo 38 quedará así:

Artículo 38. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.

La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, ESE

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, o por las asambleas de constitución cuando se trate de Empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian.

Las Empresas Sociales del Estado podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, independiente de si son del orden nacional, departamental, distrital o municipal, tendrán un año a partir de la vigencia de la ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado. Se exceptúan las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud.

El Gobierno Nacional reglamentará los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización y operativización de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, producción y sistema de apoyo.

Parágrafo 1°. Solo podrán funcionar Empresas Sociales del Estado en municipios con más de 10.000 habitantes. En el caso de municipios con menos de 10.000 habitantes, los prestadores públicos de servicios de salud de carácter municipal constituidos o no como ESE o Unidad Administrativa Especial al momento de expedirse la presente Ley, se integrarán a una ESE de manera que la sumatoria de la población de

los municipios sea superior a 10.000 habitantes. Dicha ESE, deberá ofertar la prestación de servicios básicos de salud en cada municipio. La integración de los prestadores de carácter municipal en municipios con menos de 10.000 habitantes, podrá efectuarse con ESE de carácter departamental.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de integración dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Los municipios con menos de 10.000 habitantes que a la fecha de expedición de la presente Ley cuenten con instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, tendrán un plazo de 12 meses para dar cumplimiento a la presente norma. El incumplimiento de lo anterior implica la pérdida de la competencia para el manejo de los recursos destinados a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y a que el Departamento prohíba la prestación de servicios por parte de estas entidades.

Parágrafo 2º. En materia contractual, las Empresas Sociales del Estado se registrarán por normas de derecho privado.

Con el fin de establecer claridad sobre dos aspectos esenciales del funcionamiento y mejoramiento de la gestión de las ESE, en el pliego de modificaciones se introducen dos nuevos artículos, relacionados con la Dirección y con las fuentes de financiación de estas entidades públicas.

El aserto de los dos nuevos artículos (que corresponden a los números 39 y 40) radica en que permite separar el propósito de otros dos artículos contenidos en el texto del proyecto de ley apropiado en el Senado. El de contratación, y el de responsabilidad gerencial, que se anotan a continuación de estos dos artículos.

Adiciónase el siguiente artículo:

Artículo 39. (Nuevo). De la integración de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado.

Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional, departamental, distrital y municipal se integrarán en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas.

Adiciónase el siguiente artículo:

Artículo 40. (Nuevo). De la financiación de las Empresas Sociales del Estado.

La financiación de la operación de las Empresas Sociales del Estado se hará con los siguientes recursos:

a) **La venta de servicios** a las entidades territoriales para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que se financiará con los recursos de que trata el artículo 11 de la presente ley;

b) **La venta** de servicios a las EPS del régimen subsidiado, la cual deberá cumplir con lo establecido en el artículo 18 de la presente ley;

c) **La venta** de servicios a las EPS del régimen contributivo, administradoras de riesgos profesionales, regímenes especiales, aseguradoras y otros pagadores de servicios de salud;

d) **Las cuotas de recuperación** que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica;

e) **La venta de servicios** a particulares;

f) **La venta de servicios** a las entidades territoriales por servicios de **salud pública** colectiva;

g) **Cobros a la Cuenta ECAT**, por los “excedentes” de facturación de pacientes de alto costo;

h) Los recursos provenientes de la **cooperación internacional**;

i) Los **rendimientos financieros** por la inversión de sus recursos;

j) Los **aportes de organizaciones comunitarias**;

k) Los recursos provenientes de **arrendamientos**;

l) Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para **programas especiales**;

m) Los provenientes de programas de **cofinanciación**.

Parágrafo. Cuando por las condiciones del mercado las empresas sociales del Estado no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, **las entidades territoriales podrán transferirles recursos que procuren garantizar los servicios básicos.**

Artículo 41. En el texto de Senado correspondía al artículo 36.

Artículo 36. De la contratación con las Empresas Sociales del Estado y su financiamiento.

Como se señaló antes, la corrección introducida a este artículo es eliminar la referencia al financiamiento, pues no es el contenido del artículo. Para ese aspecto, se introdujo el artículo 41, que contiene una detallada descripción de las fuentes de financiamiento o de recursos de las ESE. De modo que el presente artículo, que en el Pliego corresponde al número 42, es pertinente solo al tema de contratación de estas entidades públicas

El título del artículo 41 quedará así:

Artículo 41. De la contratación con las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 42. En el texto de Senado correspondía al artículo 37.

Artículo 37. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Se hace una nueva redacción del total artículo, para hacer claridad respecto al nombramiento, período de ejercicio, y lo más importante, introducir la permanencia en el cargo dependiendo de su calificación en el ejercicio de su gestión. Por lo demás se establece al Gobierno la tarea de reglamentar un sistema de evaluación de la gestión de estas gerencias.

El artículo 42 quedará así:

Artículo 42. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán nombrados por el Presidente de la República o el Jefe de la Entidad Territorial respectiva durante los primeros seis (6) meses de su mandato, por un tiempo igual al que faltare para cumplir el respectivo período del mandatario, para cuyo efecto, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección por concurso de méritos.

Hasta tanto culmine el proceso de selección, el cual no podrá exceder de seis (6) meses o en caso de vacancia definitiva del gerente a menos de seis (6) meses de terminar el período del nominador, se nombrará un gerente encargado por dicho período.

Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán evaluados con base en el cumplimiento de los indicadores que se fijan en los acuerdos de gestión basados en el plan de desarrollo institucional, y calificados dentro de los rangos de eficiente y deficiente. La calificación deficiente de la gestión dará lugar al retiro del cargo.

Los acuerdos de gestión suscritos por el gerente serán objeto de seguimiento permanente por parte de la Junta Directiva, la cual podrá exigir al nominador la evaluación anticipada de la gestión del gerente.

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

Parágrafo 1º. En caso de vacancia absoluta de su gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará con el período del respectivo nominador. Cuando la vacancia se produzca a menos de seis meses de terminar el respectivo período el jefe de la administración de la respectiva entidad territorial a la que pertenece la ESE, encargará un gerente.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente norma, reglamentará los Sistemas de Evaluación de la Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Nacional y Territorial.

Artículo 51. En el texto de Senado correspondía al artículo 38.

Artículo 38. De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los afiliados por parte de los aseguradores.

En primer lugar se elimina a Invima del artículo, pues sus funciones están relacionadas con la calidad y producción de medicamentos, y no el seguimiento de investigaciones sobre el SGSSS. Precisamente la naturaleza del artículo es de gestión típica de un sistema de IVC. De allí que la entidad estatal responsable de la gestión objeto del artículo es la Superintendencia de Salud y no el Ministerio. Y por la misma razón, el artículo se envía para el título de Inspección, Vigilancia y Control de esta ley; se convierte en artículo 51.

El artículo 51 quedará así:

Artículo 51. De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los afiliados por parte de los aseguradores.

La Superintendencia Nacional de Salud contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o las direcciones territoriales de salud relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Artículo 52. En el texto de Senado correspondía al artículo 39.

Artículo 39. De la evaluación de la calidad percibida por los usuarios de servicios de salud de las EPS.

Se incluye a la Superintendencia Nacional de Salud, como entidad eje del Sistema de IVC, como coordinadora de entidades que diseñen un Sistema de Monitoreo de evaluación de la calidad de las EPS. Y por la misma razón, este artículo se constituye en gestión del sistema de IVC, por lo que se envía al respectivo título de esta ley con el número 52.

Suprímase el siguiente artículo que correspondía al artículo 40 del texto de Senado.

Prohibición de actos riesgosos que atentan contra la salud y la calidad de la prestación de servicios.

Artículo 43. En el texto de Senado correspondía al artículo 41.

Artículo 41. De la Salud Pública.

Desaparece el tercer párrafo del artículo pues su tema queda incluido en las prioridades en salud pública y haría parte de la reglamentación. De igual forma, el parágrafo se reduce al segundo párrafo que lo compone, aunque ajustado gramaticalmente.

El artículo 43 quedará así:

Artículo 43. De la Salud Pública.

La salud pública es el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores.

La salud pública incluye las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento, del consumo, del ambiente y fomento de factores protectores, vigilancia epidemiológica, así como las acciones en patologías de

interés en salud pública, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

Para su organización se distinguen las acciones o actividades de carácter individual y familiar y las acciones de carácter colectivo.

Parágrafo. Los actores del Sistema de Salud (entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras) deberán garantizar un modelo de atención familiar y comunitaria que garantice por lo menos un nivel de resolutivez del 80% dentro del mismo municipio, o de la localidad, comuna o división administrativa en el caso de grandes ciudades.

El artículo 44. En el texto de Senado correspondía al artículo 42.

Artículo 44. Situación de Salud y Plan de Salud Pública.

Artículo 45. En el texto de Senado correspondía al artículo 43.

Artículo 43. De las intervenciones de Salud Pública de carácter individual o familiar

Corrección de sintaxis en el segundo párrafo.

El artículo 45 quedará así:

Artículo 45. De las intervenciones de Salud Pública de carácter individual o familiar.

La población no asegurada recibirá servicios de salud pública en lo correspondiente a los de carácter individual y familiar con recursos de las entidades territoriales con esta destinación, a través de contratación con Empresas Sociales del Estado.

Artículo 46. En el texto de Senado correspondía al artículo 44.

Artículo 44. De las intervenciones de Salud Pública Colectiva.

Corrección gramatical y se precisan las jurisdicciones que autorizan contrataciones con IPS diferentes a las públicas, en el cuarto párrafo del artículo.

El artículo 46 quedará así:

Artículo 46. De las intervenciones de Salud Pública Colectiva.

Cuando las ESE no tengan la capacidad técnica para realizarlas, estas acciones podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad y experiencia no inferior a 5 años, prioritariamente regionales y locales, cuando apliquen y cumplan con los requisitos establecidos; y sean previamente autorizadas por el departamento cuando se trate de actividades de carácter municipal y por el Ministerio de la Protección Social cuando se trate de actividades de carácter distrital y departamental.

Artículo 47. En el texto de Senado correspondía al artículo 45.

Artículo 45. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Solo cambia el número del artículo.

Artículo 47. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 48. En el texto de Senado correspondía al artículo 46.

Artículo 46. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 48. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 49. En el texto de Senado correspondía al artículo 47.

Artículo 47. Sujetos y Objeto de Control.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 49. Sujetos y Objeto de Control.

Artículo 50. En el texto de Senado correspondía al artículo 48.

Artículo 48. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

En ocho literales (hasta el h) detalla las funciones que esta ley adiciona a la Superintendencia de Salud. En este Pliego de Modificaciones se introduce la extensión del literal a), pues se considera a esta Entidad el eje institucional del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Además de dirigir es necesario que la Superintendencia focalice la competencia de coordinar las acciones, dada la inclusión ahora de diversidad de instituciones en el Sistema de IVC.

Tal y como se ha señalado en artículos de esta ley ya reseñados, un resultado que el sistema IVC debe publicitar es el de calificación y clasificación de EPS e IPS. Su operatividad y difusión debe hacerla esta entidad.

Para evitar la duplicidad de gastos estatales, varias de las especialidades que debe ejercer la nueva Superintendencia existen en otras entidades. La función en este caso de la supersalud es la de establecer convenios interinstitucionales para hacer labores conjuntas, dependiendo de las especialidades. Trabajar en Salas conjuntas con otras Superintendencias.

Generar un sistema de información de precios y calidades de bienes y servicios del SGSSS.

Estas nuevas competencias de la Super definen un sistema de IVC, conjuntamente con otras que están expuestas en otros artículos de esta ley. Pero las señaladas para este artículo, como adicionales, se consignan en los literales i) a l).

El artículo 50 quedará así:

Artículo 50. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

a) Dirigir el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Coordinar las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de conformidad con lo establecido en esta ley:

i) Diseñar, implantar, alimentar, operar, un sistema de calificación de EPS e IPS, que tenga como resultado periódico un ranking de todas estas entidades. Este resultado debe difundirlo ampliamente, por diversidad de medios, que garantice el más generalizado conocimiento en la ciudadanía;

j) Para el cabal cumplimiento de la Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia de Salud constituirá respectivas Salas Conjuntas con otras superintendencias en los temas de especialidad de estas. Con la Financiera de Colombia, con la de Industria y Comercio, con la de Subsidio Familiar;

k) Producir y divulgar periódicamente información al público sobre los precios y calidad de los bienes y servicios que entrega el Sistema General de Seguridad Social, incluidos los medicamentos, y la calidad de las IPS y EPS;

l) Apoyar técnica, conceptual, operativa y financieramente las tareas de ilustración y pedagogía del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la ciudadanía

El artículo 52 quedará así:

Artículo 52. De la evaluación de la calidad percibida por los usuarios de servicios de salud de las EPS.

La Superintendencia Nacional de Salud en conjunto con las entidades señaladas en el inciso 5° del artículo 17 de la Ley 812 de 2003 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Departamento Nacional de Planeación y la Defensoría del Pueblo) contarán con un plazo de 6 meses a partir de la expedición de la presente ley para diseñar un Sistema de Monitoreo con la instrumentación necesaria, que permita evaluar la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud de las Empresas Promotoras de Salud, EPS. Este componente, será un insumo para la elaboración del ordenamiento (ranking) de Entidades Promotoras de Salud que debe adelantar y publicar cada año la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 53. En el texto de Senado correspondía al artículo 49.

Artículo 49. Recursos de Operación de Supersalud.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 53. Recursos de Operación de Supersalud.

Artículo 54. En el texto de Senado correspondía al artículo 50.

Artículo 50. Control y Participación Ciudadana.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 54. Control y Participación Ciudadana.

Artículo 55. En el texto de Senado correspondía al artículo 51.

Artículo 51. Del Sistema Unico de Quejas y Reclamos.

Se separa la competencia de Dirección del SGSSS en cabeza del Ministerio, de la IVC que debe tener como eje a la Superintendencia. Esa precisión comienza con que esta entidad asuma competencias que tradicionalmente se le adjudican al ministerio, aunque finalmente este se las traslada a la Super.

En el segundo párrafo de este artículo, y en el párrafo del mismo, es la Super la entidad que asume competencias centrales sobre el particular. O sea que tanto el párrafo como el párrafo se corrigen con este enfoque. Por supuesto el número del artículo es distinto al del texto que viene del Senado.

El artículo 55 quedará así:

Artículo 55. Del Sistema Unico de Quejas y Reclamos.

La Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con la Defensoría del Pueblo, reglamentará el Sistema Unico de Quejas y Reclamos en un plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente ley.

Parágrafo. La Superintendencia de Salud diseñará y reproducirá, en un plazo no superior a un año después de aprobada esta ley, un manual con los estándares mínimos de servicios con el que se orientará a toda la comunidad usuaria y operadora del Sistema, y que se convertirá en instrumento básico del desempeño de los Defensores del Usuario creados en esta ley.

Artículo 56. En el texto de Senado correspondía al artículo 52.

Artículo 52. De los Agentes del Sistema Integral de Información en Salud, SIIS.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 56. De los Agentes del Sistema Integral de Información en Salud, SIIS.

Artículo 57. En el texto de Senado correspondía al artículo 53.

Artículo 53. Pensiones de Jubilación en EPS Públicas.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 57. Pensiones de Jubilación en EPS públicas.

Suprímase el artículo 54 que correspondía al texto de Senado.

Artículo 54. Del acceso al SGSSS de los trabajadores y trabajadoras del arte y gestores y gestoras culturales.

Este artículo desaparece pues la inclusión eventual de excepciones va dando origen a otros sectores exceptuados. El enfoque de tratamiento general es prevaleciente en el modelo.

Artículo 58. En el texto de Senado correspondía al artículo 55.

Artículo 55. Autorización de pago de deudas de régimen subsidiado con recursos del FAEP.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 58. Autorización de pago de deudas de régimen subsidiado con recursos del FAEP.

Artículo 59. En el texto de Senado correspondía al artículo 56.

Artículo 56. Facultades extraordinarias.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 59. Facultades extraordinarias.

Suprímase el artículo 57 que correspondía al texto de Senado

Artículo 57. Del Pasivo Prestacional de las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 60. En el texto de Senado correspondía al artículo 58.

Artículo 58. Recursos del Sistema General de Seguridad Social.

Sólo cambia el número del artículo.

Artículo 60. Recursos del Sistema General de Seguridad Social.

Suprímase el artículo 59 que correspondía al texto de Senado.

Artículo 59. Se consideran actividades de alto riesgo para la salud de los trabajadores las siguientes.

Desaparece pues es redundante con lo señalado en la Ley 100. Por lo demás, el tema no es objeto de esta ley.

Suprímase el artículo 60 que correspondía al texto de Senado

Artículo 60. Las Cajas de Compensación Familiar...

Desaparece pues el tema es materia de reglamentación y no de legislación.

Artículo 61. Todo niño al nacer que no esté cubierto por algún tipo de protección o de Seguridad Social en Salud, tendrá derecho a recibir atención obligatoria y gratuita, hasta la edad de un (1) año, de los respectivos servicios, en todas las instituciones de salud del Estado o que reciban aportes del Estado.

Artículo 62. Vigencia y derogaciones. La presente ley rige a partir de su sanción y publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

Pedro Jiménez Salazar,

Ponente.

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE
AL PROYECTO DE LEY NUMERO 052 DE 2004
SENADO Y 179 DE 2005 CAMARA**

por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política, y sus proyectos acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°. *Objeto.* Reordenar el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los siguientes objetivos específicos:

a) Ampliar la cobertura de aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con vocación de universalidad;

b) Reestructurar y aumentar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar el flujo, la eficiencia y el uso adecuado de sus recursos;

c) Fortalecer el sistema de Inspección, Vigilancia y Control e implementar su descentralización;

d) Propiciar el equilibrio en las relaciones entre aseguradores y prestadores al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) Fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad en la prestación de los servicios y en el aseguramiento en salud;

f) Racionalizar la gestión pública de prestación de servicios de salud conforme a la demanda existente con criterios de regionalización, equilibrio presupuestal y equidad social;

g) Fortalecer la ejecución armónica de las políticas, planes y proyectos de salud pública en el territorio nacional;

h) Aumentar la presencia y la capacidad de incidencia de la ciudadanía usuaria en las instancias decisorias y de inspección vigilancia y control del sistema;

i) Corregir algunos factores de inequidad que se han evidenciado durante la experiencia del Sistema General de Seguridad Social.

Artículo 2°. *De los ejes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Para cumplir la misión de mejorar las condiciones de salud de los habitantes del territorio colombiano, protegerlos financieramente frente al riesgo de enfermar y propiciar la satisfacción de la demanda

de servicios, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá los siguientes ejes en su organización:

Eje de dirección, regulación, vigilancia y control a cargo del Ministerio de la Protección Social, Invima, INS, ICBF, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y Direcciones Territoriales de salud.

Eje de financiación a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, los fondos locales, Distritales y departamentales de salud.

Eje de Aseguramiento a cargo de las entidades promotoras de salud, y las entidades territoriales en lo referente al régimen subsidiado.

Eje de prestación de servicios de salud a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas –Empresas Sociales del Estado– como privadas o mixtas, y de los profesionales de la salud independientes.

Eje de Salud pública colectiva a cargo del Ministerio de la Protección Social, organismos adscritos, departamentos, Distritos y Municipios con la participación de la comunidad, los particulares y las entidades relacionadas con los factores determinantes de la salud.

Artículo 3°. *Cobertura Universal y subsidios estatales en Salud.* Para propender por la cobertura universal, en adelante, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá, entre otras, las siguientes características.

a) En el año 2007 el Sistema deberá tener incorporado, además de los afiliados al régimen contributivo, como mínimo la mitad de la población colombiana en el régimen subsidiado, con prioridad en los más pobres clasificados en niveles 1, 2 y 3 del Sisbén o del instrumento que lo sustituya;

b) Mientras se cuenta con los recursos suficientes para lograr integralidad de los planes de beneficios y universalidad en las coberturas, además de los subsidios para completar el total de la cotización del Régimen Subsidiado, se les podrá otorgar a las personas de nivel 3 del Sisbén, subsidios parciales para garantizar una determinada parte del plan obligatorio o subsidios parciales para cofinanciar con el mismo beneficiario o su gremio, la UPC correspondiente al régimen contributivo o la del régimen subsidiado de manera progresiva según las disponibilidades;

c) Para los servicios no incluidos en el POS subsidiado y para la atención de las personas pobres no afiliadas al sistema, las entidades territoriales propiciarán el acceso a los servicios a través de contratación de servicios preferentemente con Empresas Sociales del Estado. En todo caso se priorizarán las acciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública.

CAPITULO II

La dirección, regulación y supervisión del sistema

Artículo 4°. *Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de regulación y concertación del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estará constituido por quince miembros, así:

1. El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Un representante de los Gobernadores o su delegado.
4. Un representante de los Alcaldes o su delegado.
5. Un representante de las EPS del régimen Contributivo.
6. Un representante de las EPS del régimen Subsidiado.
7. Un representante de las IPS Privadas.
8. Un representante de las Empresas Sociales del Estado.
9. Un representante de los profesionales de la salud.
10. Dos (2) Representantes de los usuarios del régimen contributivo.

Se elimina representación por derecho propio de los pensionados.

11. Un representante de los empleadores (¿).
12. Dos (2) Representantes de los usuarios del régimen subsidiado.
13. Un representante de las defensorías del Usuario.

Parágrafo 1°. Durante el primer trimestre de vigencia de la presente ley, deberá contarse con los mecanismos de selección de los representantes de organismos no gubernamentales. Esta reglamentación la elaborará una Comisión temporal convocada por los Ministros de Protección Social y de Hacienda y Crédito Público. Tal Comisión estará conformada, además de los dos Ministros, por funcionarios directivos del departamento Nacional de Planeación, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, y la Contraloría General de la República. El período de los representantes de los organismos no gubernamentales será de (4) cuatro años y podrán ser reelegidos.

Parágrafo 2°. El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, coordinada por un funcionario del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social escogido por el mismo Consejo, la cual será responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. El Ministerio de la Protección Social presentará los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico a la Secretaría y al Consejo:

- a) Evaluación de la situación de salud en el país, e impacto del sistema y las políticas de salud;
- b) Evaluación de tecnología;
- c) Evaluación financiera;
- d) Evaluación de planes de beneficios, la UPC y los pagos compartidos.

Los estudios de que trata el presente parágrafo serán responsabilidad del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3°. Serán asesores permanentes *ad honórem* del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y coordinados por la Secretaría técnica: un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, uno en representación de las Facultades de Salud Pública. Estos asesores serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones. Podrán ser convocados representantes de los ministerios del gabinete en el momento en que esto sea requerido.

Artículo 5°. *Del Ministerio de la Protección Social*. Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo la rectoría, dirección, regulación, supervisión, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello deberá:

- a) Formular, dirigir y coordinar la operación del Sistema General de Seguridad Social en todo el territorio nacional;
- b) Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de las normas en la implementación de las políticas, planes, programas y proyectos del Sistema;
- c) Formular, adoptar y evaluar las políticas de salud pública individual y colectiva de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que sean prioritarios para el país;
- d) Realizar la coordinación intra e intersectorial para la ejecución de las políticas de salud;
- e) Articulación de los diferentes actores que intervienen en los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética de los recursos humanos del área de la salud de manera que permitan su desarrollo;
- f) Establecer la política de información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y reglamentar el registro, almacenamiento, flujo, transferencia y disposición de la información por parte de los

agentes del sistema, en armonía con las políticas nacionales en esta materia;

g) Colaborar con las instituciones que tienen competencias en acciones de inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en la presente ley.

Artículo 6°. *De los Departamentos y el Distrito Capital*. Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Departamentos y el Distrito Capital tendrán las funciones de:

a) Ejercer las funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción, sin perjuicio del control prevalente de la Superintendencia de Salud. En todo caso, la Superintendencia actuará como segunda instancia en las decisiones de control adoptadas por los departamentos y el distrito. Cuando se evidencie que estos están contraviniendo el ejercicio de las funciones asignadas la Superintendencia reasumirá dichas funciones;

b) Administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos disponibles para la atención de la población pobre no asegurada y prestación de servicios no incluidos en el POS, contratando preferentemente con Empresas Sociales del Estado, e incluyendo siempre a entidades y servicios de salud mental;

c) Adoptar y adaptar a la situación y metas de salud departamentales, el Plan de Salud pública Colectiva y presupuestar y ejecutar los recursos asignados para el efecto a través del Fondo Territorial de Salud;

d) Presupuestar, y ejecutar mediante cuenta maestra en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, los recursos del régimen subsidiado. Y conjuntamente con los municipios, velar porque se cumplan con los porcentajes mínimos de contratación con la red pública exigido en la presente ley, los gastos administrativos y prestación de servicios de salud;

e) Organizar y administrar el registro de habilitación de prestadores de servicios de salud, en su territorio, de acuerdo con las normas establecidas para tal efecto por el Gobierno Nacional;

f) Vigilar que en los municipios de su jurisdicción, se observe estricto cumplimiento a los mecanismos de libre elección de EPS del régimen subsidiado y los mecanismos de afiliación excepcional previstos en las normas;

g) Vigilar en los municipios de su jurisdicción el cumplimiento a los usuarios de la libre elección de IPS y el plan obligatorio de salud, por parte de los asegurados de los diferentes regímenes, teniendo en cuenta la red prestadora de servicios de la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública en los términos señalados en esta ley.

Artículo 7°. *De los Municipios y Distritos*. Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Municipios tendrán las funciones de:

a) Presupuestar, y ejecutar a través de una cuenta maestra en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, los recursos para el régimen subsidiado;

b) Organizar y convocar el proceso de selección de Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado por parte de la población beneficiaria del subsidio y difundir públicamente los resultados;

c) En acatamiento de la libre elección de los usuarios, suscribir los contratos con las EPS del régimen subsidiado correspondientes y remitirlos debidamente firmados al Ministerio de la Protección Social acompañando los respectivos listados de afiliados;

d) Realizar el seguimiento y el control de los contratos de Régimen Subsidiado directamente o por medio de interventorías, asegurando, conjuntamente con los departamentos, que se cumplan los porcentajes mínimos de contratación con la red pública exigidos en la presente ley;

e) Velar en su jurisdicción por el cumplimiento a los usuarios de la libre elección de IPS y del plan obligatorio de salud, por parte de los asegurados de los diferentes regímenes teniendo en cuenta la red prestadora de servicios de la EPS sin menoscabo del cumplimiento de la contratación mínima exigida con la red pública;

f) Adoptar y adaptar a la situación y metas de salud locales, el Plan de Salud pública Colectiva y presupuestar y ejecutar los recursos asignados para el efecto a través del Fondo Local de Salud;

g) Los municipios certificados deben administrar los recursos del Sistema General de Participaciones y demás recursos disponibles para la atención de la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS, contratando preferentemente con Empresas Sociales del Estado. Se prohíbe la prestación pública de servicios de salud a cargo directamente de las entidades territoriales.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, podrá ordenar de oficio y en cualquier momento, el giro directo a las IPS a través de la cuenta maestra respectiva, para cubrir cartera reconocida por la EPS del Régimen Subsidiado en caso que dicha EPS no cumpla con la normatividad vigente relacionada con el flujo de recursos.

CAPITULO III

La financiación del sistema

Artículo 8°. *De las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* A partir de la vigencia de la presente ley los doce (12) puntos porcentuales de las cotizaciones obligatorias que los afiliados y empleadores aportan al Régimen Contributivo se distribuirán de la siguiente manera:

a) Diez punto treinta (10.50) para financiar la compensación del Régimen contributivo en el Fosyga de acuerdo con las normas que la regulan. De los cuales el cero punto veinte (0.20) se destinará para subsidiar la cotización al régimen contributivo de los afiliados que transitoriamente queden desempleados o presenten caída de ingresos, o de población subempleada con menos de dos smmlv, previo a los recursos disponibles y el reglamento que expida para tal efecto el Gobierno Nacional;

b) Un punto (1.0) para financiar la cuenta solidaridad para el Régimen Subsidiado, en el Fosyga;

c) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar la cuenta de Salud Pública Colectiva del Fosyga;

d) Cero punto veinticinco (0.25) para financiar las incapacidades por enfermedad general a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo. Dentro de la cuenta de compensación, se constituirá una Subcuenta de *Promoción y Prevención individual de la salud*, acciones estas últimas que deben desarrollar de manera obligatoria las EPS, según directrices que trace el Ministerio de la Protección Social. A esta Subcuenta deberá destinarse cero punto quince (0.15) puntos de los que quedan en la cuenta de compensación, y se le trasladarán los activos de la cuenta de Promoción de la salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Artículo 9°. *Del Sistema General de Participaciones en Salud.* A partir de la vigencia de la presente ley los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se distribuirán de la siguiente manera:

a) 65% para la financiación del Régimen Subsidiado, que se asignarán a cada entidad territorial responsable de la afiliación al Régimen Subsidiado, y que se girarán a través de la cuenta maestra ilustrada en el artículo 17 de esta ley;

b) 25% para la financiación de la atención a población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el POS subsidiado mediante la contratación que realicen las entidades territoriales con Empresas Sociales del Estado, salvo excepciones que la dificulten. Los recursos se transferirán a los Fondos Territoriales de Salud, de acuerdo con los porcentajes de distribución que establezca el Conpes para los diferen-

tes niveles de complejidad y los niveles territoriales correspondientes;

c) 10% para los programas de Salud Pública Colectiva, que se girarán a la subcuenta territorial que los administre.

Artículo 10. *Financiamiento del Régimen Subsidiado.* El Régimen Subsidiado estará financiado con los siguientes recursos:

a) El 65% del total del Sistema General de participaciones en Salud;

b) Uno punto veinte (1.20) de la cotización obligatoria que deben aportar como solidaridad los afiliados al Régimen Contributivo y los aportes de los regímenes exceptuados;

c) Un aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, que para el año 2006 será igual a cuatrocientos veinte mil millones de pesos (\$420.000.000.000) y que se incrementará anualmente en un 10% real hasta que se logre igualar el monto que generen anualmente los recursos de que trata el literal b del presente artículo;

d) El 30% del total de los recursos provenientes de rentas cedidas a los departamentos destinados a salud;

e) El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;

f) El 93% de los recursos del monopolio de los juegos de suerte y azar que corresponden a los municipios y Distritos y que son recaudados por la Empresa Territorial para la Salud, Etesa;

g) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley;

h) Las contribuciones de las agremiaciones de la población destinadas a cofinanciar el Régimen Subsidiado;

i) Los recursos propios de las entidades territoriales que estas de forma permanente destinen a la financiación del aseguramiento de la población pobre no asegurada conforme a lo previsto en la presente ley;

j) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Artículo 11. *Fuentes de recursos para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.* Para la prestación de servicios de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las entidades territoriales contarán con las siguientes fuentes:

a) El 25% del total del Sistema General de Participaciones en Salud;

b) El 70% de las Rentas Cedidas para salud;

c) Recursos provenientes del sesenta y cinco por ciento (65%) de los excedentes de las Subcuentas de ECAT del Fosyga, con énfasis en los hospitales universitarios, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca el CNSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica e investigación;

d) Otros recursos propios de las entidades territoriales, que estas destinen para el efecto.

Parágrafo. De los recursos del literal b el Ministerio de la Protección Social reglamentará lo correspondiente para el funcionamiento de las Direcciones territoriales de salud.

Artículo 12. *Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.* El Fondo de Solidaridad y Garantía de que trata el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 tendrá cuatro cuentas que son las siguientes:

a) Compensación interna del régimen contributivo;

b) Eventos Catastróficos, de Alto Costo y Accidentes de Tránsito;

c) Régimen Subsidiado;

d) Salud Pública Colectiva.

Artículo 13. *Cuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo.* Los recursos que financian la Cuenta de compensación en el régimen contributivo provienen de:

- a) Los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones que se destinan a la Cuenta de Compensación;
- b) Las transferencias de la Cuenta del Régimen Subsidiado en Salud y los rendimientos financieros de las otras cuentas del Fosyga que se destinan a financiar la Unidad de Pago por Capitación, UPC, del régimen especial de las madres comunitarias;
- c) Los rendimientos financieros de la Cuenta de Compensación;
- d) Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC;
- e) Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros;
- f) Las sanciones, multas e intereses moratorios a favor de la Cuenta de Compensación interna del régimen contributivo;
- g) Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan los Decretos 1703 y 2400 de 2002 y las normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen;
- h) Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción y los especiales de que trata la Ley 647 de 2001;
- i) Los recursos de las cotizaciones correspondientes a los registros presentados y glosados en las declaraciones de giro y compensación;
- j) Los excedentes financieros de la cuenta que se generen en cada vigencia;
- k) Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas por las Entidades Promotoras de Salud en el proceso de compensación y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el reglamento.

Artículo 14. *Cuenta para Financiación de Eventos Catastróficos, de alto costo y accidentes de tránsito.* El cubrimiento de algunos eventos catastróficos, accidentes de tránsito complementario al SOAT y excesos en la atención de enfermedades de alto costo se financiará de la siguiente forma:

- a) Los recursos del FONSAT, creado por el Decreto-ley número 1032 de 1991;
- 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) Los aportes presupuestales del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República para las víctimas del terrorismo, cuando dicho Fondo se extinga;
- d) Los recursos obligatorios que aporten las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado correspondientes al 2% de la UPC del respectivo régimen que se destinarán a la conformación de reservas para constitución de un reaseguro para cubrir el financiamiento del exceso de gasto en el componente de enfermedades de alto costo de acuerdo con la reglamentación que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
- e) Los recursos obtenidos de los procesos de repetición iniciados contra los propietarios de los vehículos no asegurados por el Seguro Obligatorio SOAT involucrados en un accidente de tránsito, para recuperar las sumas pagadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía, Subcuenta ECAT por concepto de gastos médicos e indemnizaciones pagadas a las víctimas de accidentes de tránsito. Para tales efectos, la liquidación de dichas sumas que haga el Ministerio de la Protección Social prestará mérito ejecutivo contra el propietario del vehículo no asegurado;

f) Los recaudos de recursos por sanciones impuestas por las autoridades de tránsito a conductores cuya infracción es no disponer o tener vencido el Seguro Obligatorio SOAT;

g) Los activos de la actual subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito del Fosyga.

Parágrafo. Para la atención de enfermedades de alto costo las EPS no estarán obligadas a un reaseguro diferente al mecanismo establecido en el presente artículo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expedirá en el término de seis meses a partir de la expedición de la presente ley, la reglamentación de la transferencia del 2% de la UPC previsto en el presente artículo, del reaseguro por excesos de gasto en alto costo.

Artículo 15. *Cuenta para la Salud Pública Colectiva.* A esta cuenta concurrirán los recursos de:

- a) El impuesto social a las armas de fuego y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, el cual a partir de la vigencia de la presente ley será para armas de fuego equivalente al 20% de un salario mínimo mensual legal vigente, mientras que para las municiones y explosivos se cobrará como impuesto ad valorem una tasa del 10%. El Aporte del Régimen Contributivo para las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente a 0.25% de la cotización de que trata el artículo 8° de la presente ley;
- b) Los recursos que el presupuesto general de la nación destina hoy a programas de salud pública y prevención de salud tales como vacunación, control de enfermedades de transmisión sexual, entre varios. Estos recursos crecerán cada año con el IPC general y no podrán ser inferiores a los destinados en el presupuesto general de la nación para la vigencia de 2004;
- c) Los rendimientos financieros generados por los anteriores recursos.

Artículo 16. *Cuenta para el Régimen Subsidiado.* A la Cuenta del Régimen subsidiado en el Fosyga deberán llegar los siguientes recursos:

- a) Un punto (1.0) de los doce (12) cotizados obligatoriamente por los afiliados al Régimen Contributivo y el aporte de los regímenes exceptuados;
- b) El aporte de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993;
- c) El aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, de que trata el literal c del artículo 10 de la presente ley;
- d) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley;
- e) Recursos provenientes del establecimiento de una contribución de las utilidades de las empresas de la industria farmacéutica y de las proveedoras de equipos y dotaciones clínico-hospitalarias;
- f) El 5% de los recaudos del aporte parafiscal administrado por el ICBF;
- g) Los recursos no ejecutados en cada vigencia fiscal del FONEDE, creado en el artículo 6° de la Ley 789 de 2002;
- h) Los activos de la actual subcuenta de solidaridad del Fosyga;
- i) Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud velará porque los recursos de esta subcuenta se distribuyan en las diferentes entidades territoriales, proporcionalmente al número de población del nivel 1 y 2 del Sisbén; no asegurada bajo ningún régimen, hasta completar cobertura universal con subsidios totales para estos niveles y una vez alcanzada esta cobertura se distribuirán en el nivel 3 del Sisbén ya sean con subsidios totales o parciales según la disponibilidad de los recursos.

Artículo 17. *Flujo de los recursos del régimen subsidiado en los Fondos locales, distritales o departamentales de Salud.* Los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y los demás recursos que se destinen a financiar el Régimen Subsidiado serán manejados por las entidades territoriales en los respectivos Fondos de Salud, mediante cuentas maestras, abiertas en entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, ubicadas en el respectivo municipio o distrito, o en su defecto en la capital del respectivo departamento.

Estos recursos serán girados a la cuenta maestra que cada municipio acredite ante los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social. Los recursos del régimen subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

Solo podrán ser beneficiarias de las cuentas maestras, las Administradoras del Régimen Subsidiado, entidades que tendrán una sola cuenta bancaria por departamento para tal fin.

Parágrafo. Las cuentas actualmente registradas ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para el giro de los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la atención de la población pobre mediante subsidios a la demanda, podrán actuar como cuenta maestra siempre y cuando se ajusten los respectivos convenios con las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia conforme a lo previsto en el presente decreto.

Artículo 18. *Cuenta Maestra.* Para los efectos de esta ley se entiende por cuenta maestra, la cuenta que por manejar exclusivamente los recursos del Régimen Subsidiado solo acepta como operaciones débitos aquellas que se destinen a otra cuenta bancaria que pertenece a una Administradora de Régimen Subsidiado. Toda transacción que se efectúe con cargo a los recursos que financian el régimen subsidiado, proveniente de la cuenta maestra, deberá hacerse por transferencia electrónica.

Parágrafo 1°. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud únicamente cuando las Administradoras del Régimen Subsidiado sean objeto de la medida giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo 2°. Las entidades territoriales autorizarán el débito de estas cuentas con destino a las Instituciones Prestadoras de Salud con las cuales tenga contrato para la ejecución de los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 715 de 2001.

Artículo 19. *Contratación con Instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud.* Por lo menos el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las EPS del régimen subsidiado, se deberá realizar con Empresas Sociales del Estado o con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter privado que tengan el carácter de Fundación o Institución de utilidad común habilitadas y que la fecha de la contratación lleven más de dos (2) años de acreditación ante la respectiva entidad territorial conforme al Decreto 2309 de 2002.

La EPS-ISS durante un período de tres años contratará obligatoriamente un porcentaje de los servicios que requiera con las Empresas Sociales del Estado creadas mediante el Decreto-ley 1750 de 2003. Dicho porcentaje será como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) el primer año, sesenta por ciento (60%) el segundo y cincuenta y cinco por ciento (55%) el tercero.

Cuando se contrate por capitación la totalidad de los servicios de baja complejidad contenidos en el POS subsidiado, esta modalidad no podrá exceder el cincuenta y dos por ciento (52%) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni inferior al cuarenta y cinco por ciento (45%) de la misma.

Parágrafo 1°. La evaluación de la contratación mínima obligatoria de las EPS del régimen subsidiado y la EPS-ISS con las Empresas Sociales del Estado, se hará por las entidades de inspección vigilancia y

control, en función de lo realmente ejecutado y no de lo formalmente contratado.

Parágrafo 2°. Para efectos de la aplicación del presente artículo se consideran IPS públicas las ESE de carácter nacional, departamental, distrital y municipal, las IPS indígenas y las IPS que operen en infraestructura pública entregada en comodato o administración a los trabajadores.

Parágrafo 3°. Las EPS contratantes no podrán tener participación alguna o por intermedio de terceros en la IPS contratista.

Artículo 20. *Estímulo para el beneficio de mayor contratación.* Se beneficiarán del tratamiento preferencial señalado en el artículo anterior las ESE que se hayan transformado empresarialmente, en términos efectivos, según lo estableció el artículo 197 de la Ley 100 de 1993. En consecuencia, y en armonía con el artículo 242 de la misma ley, los pasivos laborales de la ESE calificada para tal beneficio deben contar con el soporte de una respectiva contrapartida o respaldo financiero-actuarial, además de otros cambios como organización empresarial.

Parágrafo 1°. En Sala conjunta con la Superintendencia de Industria y Comercio, la Superintendencia Nacional de Salud elaborará un grupo de indicadores de organización y desempeño empresarial con los que se orientará, capacitará y vigilará a las ESE para calificar su organización y eficiencia, a partir de una adecuada presupuestación y asignación de recursos.

Parágrafo 2°. Con el fin de apoyar la transformación empresarial de las ESE que no se hayan acogido a los cambios anotados en este artículo, el Ministerio de la Protección Social adquiere el compromiso de fortalecer un programa de Capacitación-Asistencia Técnica con base en el cual se obligue a estas ESE a la transformación.

Artículo 21. *Del Pasivo Prestacional de las Empresas Sociales del Estado.* En concordancia con el artículo 33 de la Ley 60 de 1993, el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

Parágrafo. Concédase plazo de un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y entes territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental.

CAPITULO IV

Del aseguramiento

Artículo 22. *Del aseguramiento en salud.* Para efectos de la presente ley entiéndase por aseguramiento la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual se protege financieramente una persona y su familia frente al riesgo de enfermar. Mediante este mecanismo, con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) recibida, la entidad aseguradora garantiza un plan de beneficios que incluye servicios personales tanto en el ámbito de la prevención y promoción, como de la atención, rehabilitación y apoyo denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).

Son funciones de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la gestión del plan de beneficios mediante la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad de la atención en salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Artículo 23. *Las Entidades Promotoras de Salud.* Las Entidades Promotoras de Salud, son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, en los regímenes esta-

blecidos, para lo cual deberán estar habilitadas mediante el Sistema general de calidad.

Las EPS estarán obligadas a cumplir integralmente con el plan de beneficios, actuando con ética y sin ejercer ningún tipo de presión o condicionamiento sobre los profesionales de la salud y las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud, que conlleven al detrimento de la atención de usuario, en cuanto a la formulación o realización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, medicamentos, u otros elementos e insumos.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social, establecerá, en un lapso no mayor a seis meses de expedida la presente ley, una política de incentivos para la acreditación de prestadores y entidades administradoras de planes de beneficios, las que mediante indicadores, deberán acreditar el mejoramiento o mantenimiento del estado de salud, reflejado en cambios positivos del perfil epidemiológico de su población afiliada en una región determinada y el eficiente y adecuado control del gasto en salud.

Artículo 24. *Características básicas de la operación del Régimen Contributivo.* Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen contributivo:

a) Deberán afiliarse al régimen contributivo las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados, los trabajadores independientes y en general toda persona con capacidad de pago;

b) El Gobierno Nacional en un plazo máximo de seis meses, reglamentará los mecanismos mediante los cuales, la población colombiana, que se encuentra habitando y trabajando en el exterior, podrá pagar de manera directa desde el país en que se hallen domiciliados o residenciados, la cotización de su afiliación al régimen contributivo y de su núcleo familiar que se encuentre residiendo en el territorio nacional, teniendo en cuenta que la prestación de servicios solo se hará efectiva en el territorio nacional. Así mismo reglamentará el pago en el exterior de la afiliación de otros familiares por fuera del núcleo familiar básico fijado por la ley;

c) El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social, Fondo de Solidaridad y Garantía, para lo cual se podrá delegar esta función en las EPS o establecer una Central Unica de Recaudo;

d) Los afiliados al Régimen contributivo, se beneficiarán del Plan Obligatorio de Salud que defina el CNSSS, el cual no podrá ser inferior al existente a la expedición de la presente ley;

e) Todo niño que nazca quedará automáticamente como beneficiario de la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliada su madre. Cuando se trate de hijo de beneficiario y nieto de cotizante, el niño conservará, en todo caso, la calidad de afiliado hasta el primer año de edad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a la Entidad Promotora de Salud la Unidad de Pago por Capitación correspondiente;

f) Las licencias de maternidad se reconocerán a la afiliada cotizante cuando esta haya estado afiliada como mínimo por el mismo período de gestación, o con por lo menos tres meses de afiliación anterior al parto si demuestra haber cotizado al sistema por lo menos 52 semanas continuas o discontinuas, en los últimos dos años. Estas licencias se pagarán por las EPS con cargo a la subcuenta de compensación del Fosyga;

g) El CNSSS establecerá el régimen de copagos y cuotas moderadoras, teniendo en cuenta que los pensionados por jubilación, invalidez, vejez, sobrevivientes y sustitución con dos o menos de dos salarios mínimos de mesada pensional, estarán exentos del pago de cuotas moderadoras y copagos. Igualmente estarán exentos de cuotas moderadoras y copagos las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, y previo estudio de sostenibilidad financiera los afiliados cotizantes con uno (1) smlmv;

h) La sumatoria de la antigüedad que constituyan los afiliados, bajo cualquiera de las condiciones laborales señaladas en el inciso a de este artículo, en diferentes EPS con sus aportes al régimen contributivo, se mantendrá y contabilizará para superar los períodos de carencia. Esta característica se mantendrá hasta por lo menos un año de suspendidos los aportes. Igualmente, en el caso que los afiliados se trasladen al Régimen de subsidio total o parcial sus derechos se reconocerán cuando recuperen su capacidad de regresar al régimen contributivo;

i) El CNSSS establecerá excepciones en la afiliación y compensación en aquellos municipios en donde no haya oferta de EPS del régimen contributivo o haya menos de 1000 afiliados al régimen contributivo, o para el caso de personas subsidiadas con afiliación intermitente al régimen contributivo. Específicamente, los contratos laborales con prevalencia de temporalidad, o sea, los contratos menores de seis (6) meses, en los que el contratista sea afiliado al régimen subsidiado, el Contratante cotizará a la Cuenta de Solidaridad del Fosyga en los términos que se establecen en los siguientes literales;

j) Todo contrato en el que esté involucrada la ejecución de un servicio por una persona natural en favor de una persona natural o jurídica de derecho público o privado, tales como contratos de obra, de arrendamiento de servicios, de prestación de servicios, consultoría, asesoría y cuya duración sea superior a seis (6) meses, la parte contratante deberá realizar la afiliación y pago de aportes al régimen contributivo y en la EPS que seleccione el contratista;

k) Para cumplir con lo estipulado en los dos literales anteriores el valor del contrato correspondiente se mensualizará por el término de tiempo contractual y sobre el equivalente al 50% de la mensualidad inferida se calculará la cotización correspondiente del 12%, la cual será asumida y pagada por el contratante a la EPS que señale el contratista, sin menoscabar los pagos pactados al trabajo y sin que ello genere la constitución de vínculo laboral. Se entiende que el 50% restante corresponde a los costos imputables al desarrollo de la actividad contratada;

l) El contratante que incumpla lo estipulado en la presente ley será sancionado pecuniariamente con un monto que corresponde al 80% del valor del contrato;

m) En ningún caso, se cotizará sobre una base inferior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente ni superior a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Hacienda y de la Protección Social, ajustará las respectivas reglamentaciones para que la correspondencia entre los aportes al SGSSS, al Sistema General de Pensiones, y al Sistema de Riesgos Profesionales asimilen los cambios introducidos en este artículo.

Artículo 25. *Características Básicas de la operación del Régimen Subsidiado.* Sin perjuicio de lo establecido en otras normas, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de operación para el régimen subsidiado:

a) Se beneficiarán con subsidio total en el Régimen Subsidiado, la totalidad de las personas pobres y vulnerables del país en el área rural y urbana, no afiliadas al régimen contributivo ni a ningún régimen de excepción y clasificados en los niveles 1 y 2 mediante el SISBEN o cualquier otro instrumento que se defina;

b) Una vez asegurada la población descrita en el literal anterior con subsidio total, las personas susceptibles de subsidio clasificadas en el nivel 3 del SISBEN o cualquier otro instrumento que defina el Gobierno Nacional susceptible del subsidio, lo recibirán total o parcialmente de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley. Los subsidios parciales aplicables al nivel 3 no podrán ser inferior al 50% de la UPC del Régimen Subsidiado y los subsidios o cofinanciación a la cotización dependerán de los recursos disponibles, se aplicarán a discreción del beneficiario a su afiliación del Régimen Contributivo o al Régimen

Subsidiado pleno o al aseguramiento o de la porción del POS que defina el CNSSS. El Gobierno dará prioridad a las mujeres cabeza de familia y adulto mayor;

c) Los municipios y distritos aplicarán el instrumento que defina el Gobierno Nacional mediante el cual se identificará la población susceptible de recibir el subsidio en salud en su territorio. El CNSSS podrá definir mecanismo de identificación para aquellos beneficiarios que por sus características especiales no se les aplique la encuesta SISBEN;

d) El municipio será el encargado de recolectar la información de los beneficiarios del subsidio y enviar la base de datos a las respectivas Direcciones Departamentales de Salud y esta, una vez ejerza la adecuada supervisión de los datos, la enviará a la central de datos del nivel nacional;

e) Sólo se considerará efectivamente afiliado, aquella persona que haya escogido EPS, se encuentre incluida en su base de datos de afiliados contratados y esté debidamente carnetizada. La entidad competente de financiar el Régimen Subsidiado, sólo podrá cancelar a las EPS los subsidios de los usuarios efectivamente afiliados;

f) En acatamiento del proceso de libre elección, los municipios, distritos y departamentos firmarán los contratos con la EPS elegida por el usuario;

g) El Ministerio de la Protección Social directamente o a través de las Direcciones territoriales de Salud intervendrá de oficio para representar a los afiliados acatando el proceso de libre elección de EPS y firmará los contratos correspondientes en su nombre, cuando el representante legal del municipio, distrito o departamento no los haya firmado, transcurridos quince (15) días calendario a partir de la fecha en que debe iniciar la ejecución de los mismos;

h) El Ministerio de la Protección Social reglamentará los mecanismos para la ejecución de la interventoría, que será contratada por parte de las entidades territoriales, y que será sobre aspectos técnicos, administrativos y financieros. Con el fin de suministrar recursos para estas interventorías las entidades territoriales destinarán hasta el 0.5% de los recursos del régimen subsidiado y no será con cargo a estas;

i) La población pobre y vulnerable que no tenga una residencia permanente, accederá al Régimen Subsidiado de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social;

j) En el régimen subsidiado no habrá preexistencias. Se aplicarán los períodos de carencia vigentes para el Régimen Contributivo para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

k) El carné entregado a los afiliados al Régimen Subsidiado tendrá vigencia por el término para lo cual se convoque el concurso para la operación regional. La entidad territorial correspondiente, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, verificarán dentro de los tres (3) meses anteriores al inicio de cada vigencia contractual que los afiliados mantengan sus condiciones para ser beneficiarios y de acuerdo a ello, definirán el número de afiliados activos para el siguiente periodo contractual.

Parágrafo. De conformidad con el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, los beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud del nivel 1 (uno) del Sisbén, población en extrema pobreza y en estado de indigencia, están exentos de Copagos. Los demás copagos del régimen subsidiado, se harán de acuerdo a los artículos 11 y 12 del Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El usuario que demuestre su incapacidad para el cubrimiento del copago, no estará obligado a asumirlo y su costo estará a cargo del asegurador.

El Gobierno Nacional reglamentará lo relacionado con la incapacidad de pago.

Artículo 26. *Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado.* La elección de las Entidades Promotoras de Salud se hará libremente por los usuarios en cada municipio conforme las siguientes reglas:

a) El CNSSS definirá el número y conformación de las regiones de operación del régimen subsidiado y seleccionará las EPS autorizadas para cada región, mediante concurso público cada cuatro años, teniendo en cuenta entre otros aspectos, la disponibilidad de red de servicios suficiente garantizada por la aseguradora, la preferencia de los afiliados de la respectiva región, la satisfacción de los actores del sistema en la región, cobertura de municipios en la región, cartera de la EPS del régimen subsidiado con las IPS que prestan el POS.s;

b) El listado de las EPS autorizadas para la región, se publicará ampliamente por cada entidad territorial, para efecto de que las personas con derecho a afiliación en el régimen subsidiado escojan de manera individual a la EPS, y se afilien mediante contrato, para la persona y su núcleo familiar;

c) La EPS entregará carnés a quienes la escojan, diligenciará el formulario de afiliación, orientará acerca de sus deberes y derechos, y los procedimientos de acceso a servicios;

d) Los actuales afiliados a una entidad del régimen subsidiado continuarán afiliados a la misma entidad si no manifiestan intención contraria siempre y cuando la entidad haya sido habilitada para operar en la respectiva región;

e) La relación de los carnés de afiliación debidamente entregados y el registro único de afiliación serán el soporte para la firma del contrato entre la EPS y la entidad territorial y los respectivos giros del Fosyga y la autorización de pagos únicamente a través de la cuenta maestra suscrita por el Fondo de salud;

f) El CNSSS reglamentará el proceso y procedimientos para realizar la libre elección de EPS del régimen subsidiado que operarán en municipios mayores de 100.000 habitantes;

g) El Gobierno Nacional reglamentará la forma que permita que en los municipios que tengan menos de 30 mil habitantes, entre todas las opciones, la población beneficiaria del subsidio escoja una o dos EPS y en aquellos de más de treinta mil y menos de 100 mil habitantes un máximo de cuatro EPS por municipio;

h) El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de veedurías para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS.

Parágrafo. En los municipios que tengan menos de 30.000 habitantes y los beneficiarios vengán afiliados a una EPS pública del régimen subsidiado del orden nacional, esta podrá seguir funcionando, pero el total de las EPS del régimen subsidiado de ese municipio no podrá ser más de dos. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Artículo 27. *Contratación del Régimen Subsidiado.* Cada municipio suscribirá un contrato de aseguramiento con cada Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, EPS seleccionada conforme a las reglas establecidas en la presente ley.

La Entidad Promotora de Salud contratada recibirá bimestre anticipado por medio de una cuenta maestra en la que debe haberse registrado previamente, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado.

Los Gobernadores y/o Alcaldes tendrán un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para proceder a la liquidación de mutuo acuerdo, en compañía de las ARS, los contratos que hayan firmado las Entidades Territoriales como consecuencia de la operación del Régimen subsidiado desde el inicio del mismo en cada Entidad Territorial. El incumplimiento de lo anterior será causal de mala conducta y por lo tanto tendrá los efectos legales de la ley disciplinaria.

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

Artículo 28. *Las modalidades de pago entre aseguradores y prestadores de servicios.* Las EPS podrán adoptar modalidades de pago tales

como capitación, evento, presupuestos globales fijos o prospectivos, entre otros, de tal manera que incentiven la atención de la población bajo modalidades como la atención domiciliaria, la medicina familiar y comunitaria, la atención primaria en salud, para lograr el acceso y la calidad en la prestación de los servicios y la eficiencia en el uso de los recursos.

El Gobierno Nacional al expedir el manual único de tarifas incluirá las condiciones para la contratación por capitación en las diferentes regiones del país.

Ninguna de las modalidades de contratación y pago implicará la transferencia de las responsabilidades en el aseguramiento, que en todo caso permanecerá en cabeza de la Entidad Promotora de Salud. No podrá contratarse por capitación servicios diferentes a los de baja complejidad.

Igualmente las EPS garantizarán que los servicios de baja complejidad se ofrezcan en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio del afiliado sea más favorable recibirlos en un municipio diferente por ofrecer mejor accesibilidad geográfica. Para las ciudades de más de 500.000 habitantes el Gobierno Nacional reglamentará las condiciones de accesibilidad geográfica a los servicios de baja complejidad.

Artículo 29. Planes Adicionales de salud y planes complementarios. Para adquirir planes complementarios o planes adicionales de salud, suscribir contratos de medicina prepagada, suscribir pólizas de salud, el tomador deberá estar afiliado al régimen contributivo, régimen de excepción o régimen especial de los previstos en la ley, y será responsabilidad de la entidad contratante verificar el cumplimiento de esta exigencia durante toda la vigencia de la póliza complementaria o adicional.

Estos planes serán pagados con recursos distintos a los de las cotizaciones obligatorias en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las entidades que presten servicios de planes adicionales de salud y planes complementarios deben ser autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, y en el caso de las pólizas de salud adicionalmente por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Artículo 30. Del Alto Costo. Las enfermedades de alto costo serán definidas en el Plan Obligatorio de Salud por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y su atención será responsabilidad de la EPS.

Así mismo el CNSSS expedirá la reglamentación mediante la cual la Cuenta ECAT del Fosyga cancelará el excedente en los gastos de la atención de enfermedades de alto costo, con cargo a esta última. Esta reglamentación deberá definir el monto del gasto por paciente año a partir del cual se reconoce un excedente de costo y el tope máximo hasta el cual se reconoce dicho exceso.

Parágrafo 1°. Para financiar el pago de excedentes en atención de enfermedades de alto costo, se destinará como mínimo el 2% de la UPC tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado.

Parágrafo 2°. Se destinará un 10% de la Cuenta de Eventos catastróficos, de alto costo y accidentes de tránsito para el pago a ESE por la atención de enfermedad de alto costo en pacientes no asegurados y que no hayan sido cubiertos con recursos de las entidades territoriales, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos por el MPS para el cobro de las cuentas.

Artículo 31. Del Plan de Beneficios. El Plan de Beneficios, es la cobertura expresada como el conjunto de prestaciones, es decir actividades, procedimientos, intervenciones, suministros e indemnizaciones a que tienen derecho los afiliados y los beneficiarios. El plan de beneficios deberá ser integral, desde la promoción hasta la rehabilitación de manera que permita la gestión del riesgo en salud por las aseguradoras.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social actualizará por lo menos una vez al año el Plan Obligatorio de Salud y hará una revisión integral del mismo por lo menos cada tres años sin disminuir de ninguna manera sus beneficios.

CAPITULO V

De la prestación de servicios de salud

Artículo 32. De la organización de la prestación de servicios. Es responsabilidad de las Entidades Territoriales de salud garantizar a la población de su jurisdicción el acceso oportuno, integral, suficiente y con calidad a los servicios de salud de carácter individual y colectivo.

En consonancia con lo anterior, son las Direcciones Territoriales, en coordinación con los demás actores del sistema, las responsables de organizar la red de prestadores de servicios de salud con los niveles de complejidad suficientes para responder a las necesidades y problemas de salud acorde a los planes de beneficios.

Artículo 33. De la regulación de la oferta de servicios. La creación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud que pretenden ofertar servicios de mediana y alta complejidad deberán ser aprobadas por el Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y las condiciones del mercado. En todo caso se excluyen de este requisito los servicios prestados por los profesionales independientes cualquiera sea la especialidad o complejidad.

Artículo 34. Manual Tarifario Unico Nacional. El Gobierno Nacional, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y del Consejo Nacional de Recursos Humanos, expedirá dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley un manual de tarifas expresado en salarios mínimos diarios vigentes, y un sistema único de códigos de procedimientos de Salud por debajo del cual en ningún caso se podrá contratar la prestación de servicios. Si al momento de la expedición de la presente ley el Gobierno ya ha expedido este manual se considerará vigente y lo revisará estructuralmente cada tres años.

Parágrafo. La no observancia del Manual Tarifario Unico Nacional se convertirá en práctica no permitida o atentatoria contra la competencia y será investigada y sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a la reglamentación que se expida para el efecto.

Artículo 35. El manual de tarifas, articulado mediante relacionamientos con indicadores mínimos de servicios de salud y de aseguramiento, consignados a su vez en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, permitirá a la Superintendencia Nacional de Salud elaborar una calificación y clasificación de las IPS y de las EPS en forma permanente. Tal ranking incentivará a estos operadores a buscar una mejor clasificación, y a la ciudadanía usuaria a escoger con base en mejor información.

Artículo 36. De la libertad de escogencia de IPS. Las EPS, de los diferentes regímenes garantizarán a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en el área de influencia de la aseguradora. Para tal efecto las aseguradoras basadas en el registro de prestadores habilitados de la zona informarán a sus afiliados los criterios con los cuales diseñó su red de prestadores haciendo énfasis en las ventajas de calidad, resolutivez y accesibilidad de esa red. No obstante lo anterior los usuarios podrán sugerir la inclusión en la red de aquellas entidades del área que obtengan la acreditación en salud según el sistema de garantía de la calidad.

Las IPS que obtengan la Acreditación en Salud, tendrán derecho a ser incluidas en la red de servicios de las aseguradoras del área.

Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado. El CNSSS reglamentará los procedimientos a seguir cuando el afiliado quiera utilizar, con cargo a la

EPS, los servicios de IPS con tarifas superiores a las contratadas por la EPS, o diferentes a las IPS incluidas en la red de la EPS.

Parágrafo 1°. Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o afectar la libre competencia para la prestación de los servicios de salud. Al usuario que se le menoscabe su derecho a la libre escogencia de IPS o que habiéndose afiliado con la expectativa de una determinada red de prestadores y esta no sea cierta podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta.

Parágrafo 2°. La aseguradora que viole el derecho a la libertad de escogencia de IPS deberá ser investigada y sancionada por las autoridades de vigilancia y control. En caso de que dicha violación sea reincidente por parte de la aseguradora, la autoridad competente, revocará su licencia de funcionamiento.

Artículo 37. *Defensor del Usuario.* Créase el Defensor del Usuario. Cada EPS contará con un defensor del usuario cuya función será la de ser vocero de ellos ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos, relativas a la prestación de los servicios. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante. Esta instancia funcionará en cada una de las entidades aseguradoras, uno por cada régimen administrado por la respectiva EPS y cada región donde haga la administración, elegido por los usuarios de esa EPS. Los costos de su desempeño serán asumidos por las entidades de aseguramiento, a través de transferencias de aportes a la Superintendencia de Salud.

La Superintendencia de Salud, conjuntamente con la Defensoría del Pueblo, contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la sanción y publicación de la presente ley para reglamentar su elegibilidad, inhabilidades, perfil, estructura, atribuciones, competencias, recursos y operatividad.

Parágrafo 1°. La Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo garantizarán a la red de Defensores del Usuario del Sistema una atención y apoyo inmediato, para canalizar y resolver los conflictos, diferencias y querellas que hayan trascendido la capacidad resolutoria de cada Defensor en forma individual o colectiva.

Parágrafo 2°. La red de Defensores del Usuario dispondrá, por tarde al año de vigencia de la presente ley cuando se la proveerá la Superintendencia de Salud, de un manual o cartilla sobre los estándares mínimos de servicios con los que el usuario se ilustrará y orientará para solicitar y acceder a la atención. La labor inicial de cada Defensor consiste en adaptar esta cartilla a las especificidades de su respectiva EPS.

Parágrafo 3°. Una vez al año, el defensor del Usuario convocará lo más ampliamente posible un acto público de rendición de cuentas, para presentar a sus *defendidos* el balance de su gestión y resultados de su desempeño. Con base en este acto, o en su incumplimiento, debe propiciarse su revocatoria o reelección.

Artículo 38. *De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.* La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, ESE.

Las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, o por las asambleas de constitución cuando se trate de Empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian.

Las Empresas Sociales del Estado podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, independiente de si son del orden nacional, departamental, distrital o municipal, tendrán un año a partir de la vigencia de la ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado. Se exceptúan las unidades de presta-

ción de servicios de salud que hacen parte de entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud.

El Gobierno Nacional reglamentará los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización y operativización de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta entre otros los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, producción y sistema de apoyo.

Parágrafo 1°. Solo podrán funcionar Empresas Sociales del Estado en municipios con más de 10.000 habitantes. En el caso de municipios con menos de 10.000 habitantes, los prestadores públicos de servicios de salud de carácter municipal constituidos o no como ESE o Unidad Administrativa Especial al momento de expedirse la presente ley, se integrarán a una ESE de manera que la sumatoria de la población de los municipios sea superior a 10.000 habitantes. Dicha ESE, deberá ofertar la prestación de servicios básicos de salud en cada municipio. La integración de los prestadores de carácter municipal en municipios con menos de 10.000 habitantes, podrá efectuarse con ESE de carácter departamental.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de integración dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Los municipios con menos de 10.000 habitantes que a la fecha de expedición de la presente ley cuenten con instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, tendrán un plazo de 12 meses para dar cumplimiento a la presente norma. El incumplimiento de lo anterior implica la pérdida de la competencia para el manejo de los recursos destinados a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y a que el departamento prohíba la prestación de servicios por parte de estas entidades.

Parágrafo 2°. En materia contractual, las Empresas Sociales del Estado se regirán por normas de derecho privado.

Artículo 39. *De la integración de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado.* Las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional, departamental, distrital y municipal se integrarán en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas.

Artículo 40. *De la financiación de las Empresas Sociales del Estado.* La financiación de la operación de las Empresas Sociales del Estado se hará con los siguientes recursos:

- a) La venta de servicios a las entidades territoriales para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que se financiará con los recursos de que trata el artículo 11 de la presente ley;
- b) La venta de servicios a las EPS del régimen subsidiado, la cual deberá cumplir con lo establecido en el artículo 18 de la presente ley;
- c) La venta de servicios a las EPS del régimen contributivo, administradoras de riesgos profesionales, regímenes especiales, aseguradoras y otros pagadores de servicios de salud;
- d) Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica;
- e) La venta de servicios a particulares;
- f) La venta de servicios a las entidades territoriales por servicios de salud pública colectiva;
- g) Cobros a la Cuenta ECAT, por los "excedentes" de facturación de pacientes de alto costo;
- h) Los recursos provenientes de la cooperación internacional;
- i) Los rendimientos financieros por la inversión de sus recursos;

- j) Los aportes de organizaciones comunitarias;
- k) Los recursos provenientes de arrendamientos;
- l) Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para programas especiales;
- m) Los provenientes de programas de cofinanciación.

Parágrafo. Cuando por las condiciones del mercado las empresas sociales del Estado no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferirles recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, con las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Artículo 41. *De la contratación con las Empresas Sociales del Estado.* A partir del año 2007 se observarán las siguientes reglas en la contratación con las ESE:

- a) Las EPS del régimen subsidiado contratarán y ejecutarán efectivamente el porcentaje mínimo obligatorio de la UPC con IPS de la red pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado;
- b) Las EPS del régimen contributivo contratarán los servicios que requieran de la red Pública solo a través de las Empresas Sociales del Estado;
- c) Las Direcciones locales, distritales y departamentales de salud contratarán, con los recursos disponibles para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, así como las actividades del plan de salud colectiva relacionadas con el individuo y su familia, con Empresas Sociales del Estado, salvo las excepciones previstas en esta ley;

Parágrafo. Cuando las Empresas Sociales del Estado no tengan la capacidad instalada para prestar los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado o los servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, la contratación obligatoria que deben hacer las EPS del régimen subsidiado o las entidades territoriales, podrá hacerse con IPS privadas o con las fundaciones e instituciones de utilidad común habilitadas que a la fecha de expedición de la ley llevasen más de 10 años de contratar con el Estado la prestación de los servicios para la población pobre. Lo anterior sin perjuicio de la evaluación de las condiciones de accesibilidad geográfica para los usuarios. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos para hacer operativo este parágrafo.

Artículo 42. *De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.* Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, serán nombrados por el Presidente de la República o el Jefe de la Entidad Territorial respectiva durante los primeros seis (6) meses de su mandato, por un tiempo igual al que faltare para cumplir el respectivo período del mandatario, para cuyo efecto, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección por concurso de méritos.

Hasta tanto culmine el proceso de selección, el cual no podrá exceder de seis (6) meses o en caso de vacancia definitiva del gerente a menos de seis (6) meses de terminar el período del nominador, se nombrará un gerente encargado por dicho período.

Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán evaluados con base en el cumplimiento de los indicadores que se fijen en los acuerdos de gestión basados en el plan de desarrollo institucional, y calificados dentro de los rangos de eficiente y deficiente. La calificación deficiente de la gestión dará lugar al retiro del cargo.

Los acuerdos de gestión suscritos por el gerente serán objeto de seguimiento permanente por parte de la Junta Directiva, la cual podrá exigir al nominador la evaluación anticipada de la gestión del gerente.

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

Parágrafo 1°. En caso de vacancia absoluta de su gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará con el período del respectivo nominador.

Cuando la vacancia se produzca a menos de seis meses de terminar el respectivo período el jefe de la administración de la respectiva entidad territorial a la que pertenece la ESE, encargará un gerente.

Parágrafo 2°. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente norma, reglamentará los Sistemas de Evaluación de la Gestión de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado del Nivel Nacional y Territorial.

CAPITULO VI

De la salud pública

Artículo 43. *De la salud pública.* La salud pública es el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores.

La salud pública incluye las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de carácter individual, familiar y colectivo, el control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento, del consumo, del ambiente y fomento de factores protectores, vigilancia epidemiológica, así como las acciones en patologías de interés en salud pública, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

Para su organización se distinguen las acciones o actividades de carácter individual y familiar y las acciones de carácter colectivo.

Parágrafo. Los actores del Sistema de Salud (entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras deberán garantizar un modelo de atención familiar y comunitaria que garantice por lo menos un nivel de resolutivez del 80% dentro del mismo municipio, o de la localidad, comuna o división administrativa en el caso de grandes ciudades.

Artículo 44. *Situación de Salud y Plan de Salud Pública.* Para su organización se distinguen las acciones o actividades de carácter individual y familiar y las acciones de carácter colectivo.

Es responsabilidad del Estado, en los diferentes niveles territoriales y con la participación de todos los sectores, mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud de la población. Este diagnóstico debe identificar necesidades, problemas y áreas epidemiológicas que afectan la salud y el bienestar del individuo y la colectividad.

Con base en este diagnóstico, el Ministerio de la Protección Social definirá el Plan de Salud Pública Nacional para cada cuatrienio el cual estará incluido en el Plan Nacional de Desarrollo. Este Plan debe formular y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo las prioridades de interés en salud pública, las metas de cobertura de aseguramiento y acceso a servicios, los planes de beneficios, la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad, y demás intervenciones requeridas tendientes a controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.

A partir del Plan de Salud Pública, establecido por el Ministerio de la Protección Social, corresponde a los departamentos, distritos y municipios su ajuste y aplicación conforme a las condiciones epidemiológicas territoriales.

Artículo 45. *De las intervenciones de Salud Pública de carácter individual o familiar.* Los servicios de salud pública de carácter individual y familiar de los afiliados al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado serán establecidos en el Plan Obligatorio de Salud POS y serán prestados obligatoriamente y de manera integral a través de las Entidades Promotoras de Salud con cargo a la UPC.

La Población no asegurada recibirá servicios de salud pública en lo correspondiente a los de carácter individual y familiar con recursos de las entidades territoriales con esta destinación, a través de contratación con Empresas Sociales del Estado.

Artículo 46. *De las intervenciones de Salud Pública Colectiva.* Los servicios de salud pública de carácter colectivo estarán establecidos en el Plan de Salud Colectiva, el cual responde a las prioridades en salud pública de manera que complementa las acciones

de los planes individuales y las intervenciones de otros sectores que afectan la salud.

El Plan incorporará acciones que fortalezcan los factores protectores y hábitos de vida saludable, el fomento y promoción de la salud, la prevención y control de los riesgos del consumo, de establecimientos y espacios públicos, del agua, residuos sólidos y líquidos, los factores de riesgo físicos, químicos, biológicos y psicosociales, las actividades relacionadas con el control de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, la prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles y de interés en salud pública, subsidiariamente con los planes individuales, búsqueda activa de casos y contacto de enfermedades de interés en salud pública, la investigación y control de brotes y epidemias.

El Plan de salud pública colectivo será gratuito y obligatorio para todos los habitantes del territorio nacional. Este plan reemplaza el Plan de Atención Básica y se contratará para las acciones individuales y familiares por las entidades territoriales del orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal con las ESE.

Cuando las ESE no tengan la capacidad técnica para realizarlas, estas acciones podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad y experiencia no inferior a 5 años, prioritariamente regionales y locales, cuando apliquen y cumplan con los requisitos establecidos; y sean previamente autorizadas por el departamento cuando se trate de actividades de carácter municipal y por el Ministerio de la Protección Social cuando se trate de actividades de carácter distrital y departamental.

Las actividades de inspección, vigilancia, control y evaluación de factores de riesgo de consumo relacionadas con la fabricación, procesamiento y expedición de medidas sanitarias de alimentos, materias primas e insumos alimentarios con prioridad en los de mayor riesgo epidemiológico así como la IVC de plantas de beneficio de animales, puertos, aeropuertos y paso fronterizo son competencia exclusiva a cargo del Estado a través del Invima. Las actividades de inspección, vigilancia y control relacionadas con la cadena de distribución, transporte, comercialización, venta de alimentos y establecimientos gastronómicos son competencia de las entidades territoriales.

La financiación del plan de salud pública colectiva y de las funciones de soporte en salud pública estará a cargo del Estado con recursos provenientes de la subcuenta de salud colectiva, presupuesto nacional y recursos de propiedad de las entidades territoriales.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará la proporción de recursos que como mínimo cada nivel territorial deberá apropiarse para el desarrollo de las funciones de soporte en salud pública, diferenciándolos de los que se destinarán para las acciones del Plan de Salud Colectiva.

Parágrafo 2°. Los organismos adscritos al Ministerio de la Protección Social deberán brindar como instancias técnico-científicas de referencia en salud pública la información pertinente para definir las prioridades y políticas del plan de salud pública colectiva y brindar la asesoría correspondiente a todos los niveles territoriales responsables de la ejecución del Plan de Salud Colectiva.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional reglamentará las funciones de los organismos públicos y privados que tengan competencias relacionadas con la salud pública, así como los que conforman la red nacional de laboratorios.

CAPITULO VII

Del sistema de inspección, vigilancia y control

Artículo 47. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto articulado de agentes, normas y procesos para lograr los siguientes objetivos, sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la ley:

a) Proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en particular, su derecho al acceso, al aseguramiento y a la libre elección;

b) Vigilar y promover el mejoramiento integral de la calidad en el SGSSS;

c) Vigilar que de acuerdo a la Constitución y la ley, se generen y se destinen adecuada, oportuna y eficientemente los recursos al sector salud;

d) Vigilar que no se produzca abuso de la posición dominante dentro de los actores del sistema;

e) Promover la participación social y la rendición de cuentas a la comunidad por los encargados de operativizar el sistema;

f) Velar por que se cumplan las normas que regulan el sistema;

g) Velar por que se eleve la calidad del servicio de salud y porque las EPS cumplan con las normas técnicas y/o las guías de atención de las distintas patologías.

Artículo 48. *Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.* Para cumplir con la inspección, vigilancia y control el sistema organizará su estructura teniendo como base los siguientes ejes:

a) Financiamiento. Su objetivo es velar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector;

b) Aseguramiento. Su objetivo es velar por el cumplimiento de los derechos de afiliación de la población a un plan de beneficios de salud;

c) Subsidios en salud. Su finalidad es velar por el cumplimiento de las normas respectivas para otorgar los subsidios en salud;

d) Prestación de Servicios de Salud. Su objetivo es velar por la prestación de servicios de salud individuales, en condiciones de calidad;

e) Participación Social y defensoría del paciente;

f) Eje de acciones y medidas especiales que permitan el desarrollo del Sistema de IVC.

Artículo 49. *Sujetos y Objeto de Control.* Son sujetos de Control de la Superintendencia de Salud y del Sistema de Inspección Vigilancia y Control, todas las personas naturales y jurídicas, públicas, privadas o mixtas que estén obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y aquellas que cumplan funciones de aseguramiento, financiamiento, dirección del Sistema, generación, transferencia, gestión, programación y ejecución de recursos, prestación y control de los servicios de salud individual y colectivos, inclusive los que operen en regímenes excepcionales o excluidos por la Ley 100 de 1993, en aquellas funciones que cada sujeto vigilado cumple en relación con el SGSSS.

Artículo 50. *Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las establecidas en otras disposiciones tendrá las siguientes funciones:

a) Dirigir el Sistema de Inspección, Vigilancia y control. Coordinar las acciones de Inspección, Vigilancia y Control de conformidad con lo establecido en esta ley;

b) Ejercer la vigilancia, inspección y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud;

c) Brindar asistencia técnica e instruir a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de las normas del Sistema;

d) Ejercer vigilancia, inspección y control sobre las fuentes de financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, así como sobre la efectiva explotación de los monopolios rentísticos, generadores de recursos con destino a la salud y su oportuna transferencia, tanto en el SGSSS, como en los regímenes exceptuados;

e) Inspeccionar, vigilar y controlar las funciones y competencias de vigilancia, inspección y control atribuidas a las direcciones territoriales de salud;

f) Dirimir los conflictos que se presenten entre las entidades vigiladas y las direcciones territoriales de salud en el ejercicio de sus competencias de vigilancia, inspección y control;

g) Imponer las multas previstas en la normatividad vigente, las cuales, en todo caso, irán con destino y serán consignadas a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía;

h) Vigilar el cumplimiento de normas y programas de salud pública, y la ejecución de los recursos destinados a ella;

i) Diseñar, implantar, alimentar, operar, un sistema de calificación de EPS e IPS, que tenga como resultado periódico un ranking de todas estas entidades. Este resultado debe difundirlo ampliamente, por diversidad de medios, que garantice el más generalizado conocimiento en la ciudadanía;

j) Para el cabal cumplimiento de la Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia de Salud constituirá respectivas Salas Conjuntas con otras superintendencias en los temas de especialidad de estas, con la Financiera de Colombia, con la de Industria y Comercio, con la de Subsidio Familiar;

k) Producir y divulgar periódicamente información al público sobre los precios y calidad de los bienes y servicios que entrega el Sistema General de Seguridad Social, incluidos los medicamentos, y la calidad de las IPS y EPS;

l) Apoyar técnica, conceptual, operativa y financieramente las tareas de ilustración y pedagogía del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la ciudadanía.

Artículo 51. *De la vigilancia y control en la entrega de medicamentos a los afiliados por parte de los aseguradores.* La Superintendencia Nacional de Salud contará con un plazo máximo de seis meses a partir de la expedición de la presente ley para establecer las medidas de vigilancia y control, incluyendo los indicadores de seguimiento necesarios para verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos formulados a sus afiliados. En caso de investigaciones que lleve a cabo la Superintendencia de Salud o las direcciones territoriales de salud relacionadas con el desabastecimiento o entrega interrumpida de medicamentos a personas que requieren entregas permanentes y oportunas, se invertirá la carga de prueba correspondiendo la misma a la entidad demandada, además estos procesos se adelantarán sumariamente con el fin de obtener una decisión la que no podrá sobrepasar en su investigación y decisión final más de tres meses.

Artículo 52. *De la evaluación de la calidad percibida por los usuarios de servicios de salud de las EPS.* La Superintendencia Nacional de Salud en conjunto con las entidades señaladas en el inciso 5° del artículo 17 de la Ley 812 de 2003 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, departamento Nacional de Planeación y la Defensoría del Pueblo) contarán con un plazo de 6 meses a partir de la expedición de la presente ley para diseñar un Sistema de Monitoreo con la instrumentación necesaria, que permita evaluar la calidad percibida por los usuarios de los servicios de salud de las Empresas Promotoras de Salud EPS. Este componente será un insumo para la elaboración del ordenamiento (ranking) de Entidades Promotoras de Salud que debe adelantar y publicar cada año la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 53. *Recursos de Operación de Supersalud.* La Superintendencia contará para su operación con los recursos provenientes de la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998. Anualmente el Gobierno Nacional le asignará en el Presupuesto General de la Nación, como mínimo, un monto igual al recaudado por la tasa en la vigencia del año inmediatamente anterior.

Artículo 54. *Control y Participación Ciudadana.* La Superintendencia Nacional de Salud Organizará una Unidad de control ciudadano y veeduría, que se encargará de inspeccionar, vigilar y controlar la operatividad del Sistema de Seguridad Social en Salud. Esta Unidad podrá ser descentralizada y actuará en concordancia con las entidades territoriales para que en cada uno de ellos opere eficaz y eficientemente. La Superintendencia de Salud utilizará el Sistema de participación y control social definidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Veeduría ciudadana como mecanismo de participación.

La financiación de esta unidad estará a cargo de los recursos destinados al funcionamiento de la Superintendencia establecidos en la presente ley y deben ser suficientes para que este programa opere adecuadamente.

La Superintendencia de Salud presentará informes semestrales al Congreso de la República y a la ciudadanía en general, sobre los avances, logros, dificultades y retos frente al control ciudadano.

Artículo 55. *Del Sistema Unico de Quejas y Reclamos.* Créase un Sistema Unico de Quejas y Reclamos de obligatorio acceso y procesamiento en cada entidad territorial, con el fin de garantizar y resolver los problemas presentados en el derecho a la salud de los Usuarios. El Gobierno Nacional presentará un informe semestral, que permita diseñar, formular o actualizar las políticas nacionales, los planes de asistencia técnica a las Instituciones encaminados a la defensa de los beneficiarios, la calidad del aseguramiento y la prestación de los servicios.

La Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con la Defensoría del Pueblo, reglamentará el Sistema Unico de Quejas y Reclamos en un plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente ley.

Parágrafo. La Superintendencia de Salud diseñará y reproducirá, en un plazo no superior a un año después de aprobada esta ley, un manual con los estándares mínimos de servicios con el que se orientará a toda la comunidad usuaria y operadora del Sistema y que se convertirá en instrumento básico del desempeño de los Defensores del usuario creados en esta ley.

CAPITULO VIII

Disposiciones finales

Artículo 56. *De los Agentes del Sistema Integral de Información en Salud, SIIS.* Serán agentes del SIIS todas aquellas personas e instituciones responsables del aseguramiento, el financiamiento y prestación de servicios de salud de carácter individual o colectivo y los organismos de dirección y control del SGSSS. Son agentes, también, las personas e instituciones pertenecientes a los regímenes especiales y todas aquellas personas, que en materia de tecnologías de información, provean servicios de misión crítica para la operación del SIIS.

Parágrafo 1°. Las disposiciones sobre el registro, almacenamiento, flujo transferencia y disposición de la información por parte de los diferentes agentes del SGSSS serán de obligatorio cumplimiento y su violación generará responsabilidades de carácter penal, civil y disciplinario.

Artículo 57. *Pensiones de Jubilación en EPS Públicas.* A partir de la vigencia de la presente ley, en ningún caso las EPS públicas podrán pactar o pagar con cargo a los recursos de la UPC, pensiones de jubilación o beneficios pensionales adicionales.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá asumir y girar oportunamente el pago de las pensiones de jubilación, y las mesadas correspondientes a los derechos extralegales de los antiguos trabajadores de las EPS Públicas.

Artículo 58. *Autorización de pago de deudas de régimen subsidiado con recursos del FAEP.* Autorízase, a los municipios y departamentos que cuenten con recursos en el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera de que trata la Ley 209 de 1995, para destinarlos en primer orden de prioridad al pago de las deudas certificadas a 31 de diciembre de 2004, con las Administradoras del Régimen Subsidiado por concepto del aseguramiento de su población y se autoriza para que los pagos se hagan directamente a las IPS públicas cuando existan al mismo tiempo deudas de la ARS acreedora con dichas entidades.

Los municipios y departamentos que no tengan deudas con las ARS y una vez cancelada la totalidad de las deudas establecidas en el artículo 13 de la Ley 781 de 2002, podrá destinar los recursos del FAEP, a los proyectos de inversión o de ampliación de cobertura de los programas de protección social que determine la entidad territorial.

Artículo 59. *Facultades extraordinarias.* Otórguense facultades extraordinarias al Gobierno Nacional para que antes de seis meses contados a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley, previa concertación y dentro del marco de la Ley 691 de 2001 expida un decreto con fuerza de ley que adapte a la presente ley, el sistema de seguridad social en salud de las comunidades indígenas, acorde con sus propias formas y procedimientos, teniendo en cuenta los lineamientos básicos de la presente ley y cumpliendo los siguientes objetivos:

a) Proteger, de conformidad con el artículo 2º de la Ley 691 de 2001, de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural de tal manera que se asegure su permanencia social y cultural, según los términos establecidos en la Constitución Política, en los Tratados Internacionales y las demás leyes relativas a los pueblos indígenas;

b) Garantizar el acceso a los servicios, la adecuación sociocultural de los planes de beneficios y la adopción de un sistema de información acorde con sus necesidades sociales y culturales;

c) Garantizar el derecho a la salud integral de los pueblos indígenas;

d) Fortalecer las formas de organización en salud de los pueblos indígenas y sus órganos de control;

e) Adaptar los principios de la presente ley, al sistema de seguridad social en salud para los pueblos indígenas.

Parágrafo. El Gobierno Nacional utilizará sus recursos técnicos propios o externos y la participación de las organizaciones indígenas

para que la adaptación de la presente ley en lo relacionado con la organización, el aseguramiento, el financiamiento, el sistema de información, la inspección, vigilancia y control, la atención en salud a la población indígena y la salud pública colectiva, sean acordes con la idiosincrasia de los pueblos indígenas y que satisfagan sus necesidades. En caso de que el decreto reglamentario a que se refiere este artículo no sea expedido en el término de 6 meses, se presentará previa concertación una iniciativa legislativa sobre esta materia.

Artículo 60. *Recursos del Sistema General de Seguridad Social.* Los recursos del Sistema General de Seguridad Social no deberán ser utilizados para fines distintos de los establecidos en los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional, se continuará manteniendo su contabilización dentro del concepto del gasto público, los recursos provenientes del SGSSS no podrán ser invertidos en títulos de deuda pública.

Artículo 61. Todo niño al nacer que no esté cubierto por algún tipo de protección o de Seguridad Social en Salud, tendrá derecho a recibir atención obligatoria y gratuita, hasta la edad de un (1) año, de los respectivos servicios, en todas las instituciones de salud del Estado o que reciban aportes del Estado.

Artículo 62. *Vigencia y derogaciones.* La presente ley rige a partir de su sanción y publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias

Cordialmente,

Pedro Jiménez Salazar,
Ponente.

INFORMES DE CONCILIACION

INFORME DE CONCILIACION AL PROYECTO DE LEY NUMERO 49 DE 2005 SENADO, 376 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se establece un procedimiento especial en el Código Penal Militar, se adiciona un artículo y se modifica el artículo 367 del mismo código.

Los suscritos Senadores y Representantes a la Cámara conforme a la designación hecha por las Mesas Directivas de la Corporación nos permitimos presentar a consideración de la Plenaria del Senado y de la Plenaria de la Cámara de Representantes el siguiente Informe de Conciliación respecto del Proyecto de ley número 49 de 2005 Senado, 376 de 2005 Cámara, *por medio de la cual se establece un procedimiento especial en el Código Penal Militar, se adiciona un artículo y se modifica el artículo 367 del mismo código.*

Esta diferencia entre los textos aprobados en Senado y Cámara requieren una **conciliación** y por lo tanto proponemos a la Plenaria del Senado y a la Plenaria de la Cámara de Representantes el siguiente **Nuevo Texto Conciliado** que a continuación se transcribe; el cual corresponde en su integridad al texto aprobado en la Plenaria del Senado, y se diferencia del aprobado en la Cámara de Representantes por habersele hecho varias modificaciones al texto inicial y que fueron producto de mejoramiento en la técnica legislativa con el fin de evitar traumatismos y facilitar el tránsito de legislación.

PROYECTO DE LEY NUMERO 49 DE 2005 SENADO,
376 DE 2005 CAMARA

por medio de la cual se establece un procedimiento especial en el Código Penal Militar, se adiciona un artículo y se modifica el artículo 367 del mismo código.

Artículo 1º. El Título Décimo, Capítulo III "Procedimiento Especial", del Libro Tercero de la Ley 522 de 1999, quedará así:

Artículo 578. Delitos que se juzgan. Los delitos de desobediencia, abandono del puesto, abandono del servicio, abandono del servicio de soldados voluntarios o profesionales, deserción, del centinela, violación de habitación ajena, ataque al centinela, peculado por demora en

entrega de armas, municiones y explosivos, abuso de autoridad especial, lesiones personales cuya incapacidad no supere los treinta (30) días sin secuelas, hurto simple cuya cuantía no exceda de diez (10) salarios mínimos mensuales legales, hurto de uso, daño en bien ajeno, abuso de confianza, se investigarán, calificarán y fallarán por el procedimiento especial, que a continuación se establece, así:

Para la investigación de los delitos de lesiones personales, hurto, abuso de confianza y daño en bien ajeno de los que trata este artículo, se procederá mediante querrela de parte y se requerirá agotar la audiencia de conciliación que se tramitará según el estado del proceso ante el Juez de Instrucción Penal Militar o Juez de Instancia, salvo en los casos de concurso con delitos contra la disciplina y el servicio en los que se procederá de oficio.

En caso de no poderse llegar a un acuerdo dentro de los tres días siguientes a la citación de las partes, surtida a través de medio idóneo, se entenderá que no hay ánimo conciliatorio y se continuará con el trámite establecido en la presente normatividad.

Artículo 579. Trámite. El Juez adelantará y perfeccionará la investigación en el término máximo de treinta (30) días, se oír en indagatoria al procesado y se le resolverá su situación jurídica dentro de los tres (3) días siguientes, siempre que el delito por el cual se procede tenga prevista medida de aseguramiento consistente en detención preventiva; en caso contrario, no procederá tal pronunciamiento. Si no fuere posible oír en indagatoria al sindicado se le declarará persona ausente de acuerdo a las disposiciones contenidas en el artículo 493 de esta ley.

Estos términos se ampliarán hasta en otro tanto, si fueren tres (3) o más procesados o en el evento de delitos conexos que deban tramitarse bajo este mismo procedimiento.

Concluida la instrucción y recibido el proceso, el Fiscal lo estudiará dentro del término máximo de tres (3) días y si no existiere prueba suficiente para calificar, podrá devolverlo por una sola vez al Juez de Instrucción para que practique las pruebas indispensables en el térmi-

no perentorio de diez (10) días. Cumplido lo anterior, el Fiscal dentro de los dos (2) días siguientes cerrará la investigación mediante auto de sustanciación contra el cual solo procede el recurso de reposición.

Las solicitudes relativas a la práctica de pruebas presentadas por los sujetos procesales, antes de producirse el cierre de la investigación por parte del Fiscal, serán decididas por el respectivo Juez de Instrucción para lo cual se remitirá la actuación.

Producida tal determinación, si encuentra mérito para acusar, formulará dentro de los cinco (5) días siguientes la respectiva resolución, que contendrá una exposición fáctica y descripción jurídica de los cargos, de la cual entregará copia a los sujetos procesales y solicitará al Juez de conocimiento fije fecha y hora para celebración de audiencia de acusación y aceptación de cargos, quienes dispondrán de los términos consagrados en el artículo 354 del Código Penal Militar. Contra esta resolución solo procede el recurso de reposición. En firme esta decisión el fiscal adquiere la calidad de parte, y se remitirá el proceso al Juzgado de Instancia, para que convoque a audiencia, la cual se celebrará dentro de los ocho (8) días siguientes, término dentro del cual deberán reunirse el Fiscal y el procesado, acompañado por su defensor, con el propósito de acordar si hay posibilidad de aceptar o no los cargos y las consecuencias que de ello se deriven.

Llegado el día y la hora, el Juez de conocimiento instalará la audiencia de corte marcial, advirtiendo al sindicado, si está presente, que le asiste el derecho a guardar silencio y a no autoincriminarse y le concederá el uso de la palabra para que manifieste, sin apremio ni juramento, si ha llegado a un acuerdo con el Fiscal y en qué consiste este, o si se declara inocente o culpable.

En caso de declararse culpable, el Juez procederá a anunciar el sentido del fallo y dictará sentencia para los cargos aceptados dentro de los dos (2) días siguientes. Si se declara inocente, o se ha abstenido de expresarlo o de comparecer, una vez agotados los medios para lograr su presencia en la diligencia, primará la presunción de inocencia, eventos en los cuales se surtirán los trámites propios de la audiencia de corte marcial con la presencia de un profesional del derecho, previamente designado por el ausente, o nombrado con tal propósito por el Juez.

La declaración podrá ser mixta, o sea de culpabilidad para alguno de los cargos y de inocencia para los otros, evento en el cual, se diferirá el pronunciamiento sobre los cargos aceptados al momento de emitir sentencia.

La declaratoria de culpabilidad otorgará derecho a la rebaja de una sexta parte de la pena imponible respecto de los cargos aceptados.

Reunidas las condiciones para iniciar la audiencia de corte marcial, se correrá traslado a las partes por el término de dos (2) horas renunciables para que aporten o soliciten las pruebas que consideren pertinentes y conducentes, que el Juez resolverá de plano acogiendo-las o rechazándolas, explicando los motivos por los cuales adopta su determinación. El rechazo será susceptible del recurso de reposición, que se resolverá en la audiencia. Seguidamente, se procederá a su aceptación y práctica. Agotada tal etapa, se concederá un breve receso-que no podrá exceder de una hora, para que las partes preparen sus alegaciones finales.

Si las partes de común acuerdo deciden prescindir de esta suspensión, el Juez de conocimiento podrá continuar con la ritualidad de la corte marcial, que a continuación se establece:

El Juez concederá el uso de la palabra por una sola vez a las partes en el orden señalado en el artículo 572 de esta ley. Agotadas las intervenciones, el Juez declarará que el debate ha terminado, anunciará el sentido del fallo, adoptará las previsiones derivadas de su decisión en cuanto a la afectación y preservación de derechos fundamentales y

proferirá la sentencia dentro de los dos (2) días siguientes, levantándose el acta respectiva. De la actuación se recogerá registro electrónico que pueda ser utilizado por las partes o el Juez de segunda instancia.

Las decisiones proferidas en este procedimiento especial no serán susceptibles del grado jurisdiccional de consulta.

Parágrafo. Los aspectos procesales no previstos en este procedimiento especial se regularán de conformidad con lo normado en este código.

Artículo 2°. La Ley 522 de 1999 tendrá un artículo nuevo de carácter transitorio, distinguido con el número 579A, con el siguiente contenido:

Artículo 579A. Procesos en curso. Los procesos que deban tramitarse por el procedimiento especial a la entrada en vigencia de esta ley, en donde se hubiese iniciado el juicio, se continuarán tramitando hasta su culminación por las normas de procedimiento de corte marcial, salvo lo relacionado con el principio de favorabilidad.

Artículo 3°. El artículo 367 de la Ley 522 de 1999 quedará así:

Artículo 367. Procedencia. La consulta procede en las siguientes providencias:

1. Sentencias absolutorias de primera instancia.
2. Autos que decreten cesación de procedimiento.

Parágrafo. Las decisiones proferidas en el procedimiento especial regulado en este código, no serán susceptibles del grado jurisdiccional de Consulta.

Artículo 4°. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas aquellas disposiciones que le resulten contrarias.

Jesús Angel Carrizosa Franco, Jimmy Chamorro Cruz, Senadores de la República; Guillermo Santos Marín, Jaime Canal Albán, Representantes a la Cámara.

CONTENIDO

Gaceta número 99 Viernes 5 de mayo de 2006
CAMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PONENCIAS

Ponencia para primer debate y texto propuesto al Proyecto de ley estatutaria número 214 de 2005 Cámara, por la cual se dictan las disposiciones generales del Hábeas Data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera y crediticia, y se dictan otras disposiciones.	1
Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 46 de 2004 Senado, 219 de 2005 Cámara, por medio de la cual se le otorgan beneficios a las familias de los Héroes de la Nación y a los Veteranos de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones.	14
Ponencia para primer debate, pliego de modificaciones y texto propuesto al Proyecto de ley número 052 de 2004 Senado, y 179 de 2005 Cámara, por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48, 49, 356 y 357 de la Constitución Política, y sus Proyectos Acumulados 19, 31, 33, 38, 54, 57, 58, 98, 105, 115, 122, 148 y 151 de 2004 Senado.....	17
INFORMES DE CONCILIACION	
Informe de conciliación al Proyecto de ley número 49 de 2005 Senado, 376 de 2005 Cámara, por medio de la cual se establece un procedimiento especial en el Código Penal Militar, se adiciona un artículo y se modifica el artículo 367 del mismo código.....	51