REPUBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CAMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XV - Nº 510 | Bogotá, D. C., viernes 3 de noviembre de 2006 | EDICION DE 48 PAGINAS

DIRECTORES: EMILIO RAMON OTERO DAJUD, SECRETARIO GENERAL DEL SENADO, www.secretariasenado.gov.co; ANGELINO LIZCANO RIVERA, SECRETARIO GENERAL DE LA CAMARA, www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NUMERO 158 DE 2006 SENADO

por la cual se adiciona un literal al artículo 91 de la Ley 136 de 1994.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Adiciónese al artículo 91 de la Ley 136 de 1994, en lo concerniente a las funciones de los alcaldes en relación con el orden público, numeral 2, un literal del siguiente tenor:

f) Ordenar la restricción al porte de armas por parte de la población civil, dentro de su jurisdicción o parte de ella.

Artículo 2º. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga los parágrafos 1° y 2° del artículo 41 del Decreto 2535 de 1993.

De los honorables Congresistas,

Senador de la República,

Juan Fernando Cristo Bustos.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Establece la ley y ha reiterado la honorable Corte Constitucional en varias sentencias que la Rama Ejecutiva es la principal responsable de cumplir con la obligación de adelantar los medios pertinentes y necesarios para proteger la seguridad de los habitantes del territorio nacional. En efecto, y como se ha repetido, de acuerdo con el numeral 4 del artículo 189 de la Constitución Política, corresponde al Presidente de la República conservar el orden público en todo el territorio y restablecerlo donde fuere turbado y son los alcaldes y gobernadores los agentes del jefe de gobierno para el mantenimiento del orden público (C.P. artículos 315-2 y 303).

Es así como la tranquilidad pública, como elemento esencial del orden público, exige de la autoridad administrativa la adopción de medidas que conduzcan a la prevención de conductas o actividades de los particulares que atenten contra la convivencia pacífica y el desarrollo normal de la vida de las personas y de la colectividad. Es precisamente *la autoridad administrativa de policía* la encargada de garantizar a todo miembro de la comunidad su seguridad y tranquilidad a través de los "medios de policía".

Por ello mismo y en conocimiento de las circunstancias de conflicto de la sociedad colombiana y de la innegable relación entre el incremento de la violencia y el porte de armas por los particulares en las zonas urbanas, que se hace indispensable la restricción al porte cuando las circunstancias excepcionales de alteración lo exijan para control del orden público que garantice el sostenimiento de la seguridad ciudadana y la realización efectiva de los derechos de las personas. Es de conocimiento general que el incremento en el nivel de homicidios está relacionado con una mayor utilización de armas de fuego, pues sólo en Bogotá el 70% de los asesinatos son provocados con armas de fuego, al igual que el 51% de los robos a personas. Además de que estas constituyen la principal causa de muerte en Colombia por encima de las enfermedades cardiacas y el cáncer. Una muestra de lo anterior se puede evidenciar con las cifras de disminución en los índices de homicidios cuando se han tomado medidas restrictivas para el porte de armas por particulares, pues por ejemplo en Cali disminuyeron un 14% mientras que en Bogotá un 13%. Por lo que esta medida le entregaría una herramienta útil y eficaz a los alcaldes municipales para combatir los altos índices de delitos contra la ciudadanía.

La autonomía para disponer la suspensión en el porte de armas de acuerdo con las amenazas y el riesgo de evidente perturbación del orden en el municipio, negada al Alcalde por el Ejecutivo a través de los parágrafos 1° y 2° del artículo 41 del Decreto 2535, como instrumento importante dentro de la estrategia de seguridad local, contribuiría no solamente con la disminución de muertes violentas y el descenso en las cifras de otros delitos contra la integridad personal sino que descontaría un importante elemento de agudización de las circunstancias de alteración del orden público en la municipalidad.

Pero es que la responsabilidad de esa estrategia corresponde de manera absoluta e indelegable al alcalde municipal. Compete a la primera autoridad de policía del municipio, diseñar y desarrollar planes y estrategias integrales de seguridad ciudadana y orden público, conforme a las necesidades y circunstancias de su comunidad. Sin embargo, como se ha insistido, el alcalde aun cuando tiene la condición de jefe de la administración y primera autoridad de policía en el municipio, sólo está autorizado, según el Decreto-ley 2535 de 1993, respecto del control de las armas, para solicitar a la autoridad militar la restricción al porte ante grave perturbación y, cumplido ese requisito, proceder por intermedio de la policía a su incautación o decomiso.

El Decreto-ley 2535 de 1993, expedido por el Gobierno Nacional en uso de las atribuciones conferidas por el Congreso Nacional a través de la Ley 61 de 1993, al excederse en las facultades otorgadas por el Congreso Nacional y legislar sobre la atribución constitucional del alcalde para conservar el orden público en su municipio como primera autoridad de policía, rompe los preceptos establecidos en el artículo 135 de la Carta Magna, así como con la estricta línea vertical de jerar-

quía impuesta por la norma superior al Ejecutivo para la conservación del orden público, cuando traslada a la autoridad militar la función de policía otorgada por el poder de policía a gobernadores y alcaldes, precisamente como autoridades administrativas de policía.

Ha sido concreta y clara la honorable Corte Constitucional al puntualizar *que "... según la doctrina nacional, el poder de policía es una de las manifestaciones asociadas al vocablo policía, que se caracteriza por su naturaleza puramente normativa y por la facultad legítima de regulación de la libertad con actos de carácter general e impersonal y con fines de convivencia social, en ámbitos ordinarios y dentro de los términos de la salubridad, moralidad, seguridad y tranquilidad pública* - elementos al mismo tiempo constitutivos de la noción de orden público - facultad que permite limitar en general el ámbito de las libertades públicas y que se encuentra en cabeza del Congreso de la República[1].

Agrega la Corporación que, en consecuencia, la función de policía *"... implica la atribución y el ejercicio de competencias concretas asignadas de ordinario y mediante el ejercicio del poder de policía a las autoridades administrativas de policía; en últimas, esta es la gestión administrativa en la que se concreta el poder de policía y debe ser ejercida dentro de los marcos generales impuestos por la ley en el orden nacional. Su ejercicio compete exclusivamente al Presidente de la República, a nivel nacional, según el artículo 189-4 de la Carta y en las entidades territoriales a los gobernadores y los alcaldes quienes ejercen la función de policía, dentro del marco constitucional, legal y reglamentario"*. Así que, continúa, la Corte, "*...La Constitución, las leyes y los reglamentos han otorgado a las autoridades administrativas una serie de atribuciones, a través de las cuales limitan, mediante la expedición de medidas generales o particulares la libertad de las personas, con el fin de que sus actividades se adecuen al mantenimiento de unas condiciones mínimas que hagan posible la convivencia social, esto es, la conservación del orden público, que constituye el objeto del llamado Poder de Policía, que sectorizado en cabeza de la administración, se le denomina Poder de Policía Administrativa*[2]. (Subrayas del autor del proyecto).

Frente a la explicación clara y concreta de estos conceptos la reflexión es, con relación al asunto objeto de esta iniciativa: si el alcalde posee facultades evidentemente amplias otorgadas por la Norma Superior y reglamentadas suficientemente para, por ejemplo, restringir la circulación de personas por vías públicas y decretar el toque de queda, con las consecuentes limitaciones a los derechos ciudadanos fundamentales con el propósito de normalizar el orden público y garantizar la tranquilidad colectiva en cumplimiento de la función de policía, es contradictoria la limitante al mandatario local para ordenar de manera autónoma la restricción en el porte de armas en su municipio ante grave y evidente perturbación del orden.

El alcalde de cualquier municipio colombiano, ante las complejas dinámicas del conflicto armado y las diversas circunstancias de alteración que afecten o amenacen afectar la tranquilidad ciudadana, requiere, dentro de su autonomía y en ejercicio de su responsabilidad constitucional, junto con los demás instrumentos contemplados en la ley, de la facultad para suspender el porte de armas en su jurisdicción, como recurso imprescindible para recuperar y mantener el orden público, garantizar la vida, la libertad e integridad de sus gobernados y proteger su derecho a la propiedad.

Los parágrafos 1º y 2º del Decreto 2535 de 1993, obligan al alcalde municipal a infringir los mandatos constitucionales cuando delega en otra autoridad, en este caso la autoridad militar, el cumplimiento de sus atribuciones como primera autoridad administrativa y de policía del municipio, contempladas en la *Constitución Política de Colombia -artículos 315-2 y 303, la Ley 136 de 1994- Régimen Municipal -artículos 84 y 91 y el Decreto 1355 de 1970- Código Nacional de Policía, artículos 2º, 31 y 39*. La norma citada dispone que la primera autoridad departamental o municipal podrá solicitar a la autoridad militar competente (subrayas del autor del proyecto) la suspensión o restricción en el porte de armas.

En consecuencia, ante solicitud de este tipo, la autoridad militar, según su criterio, decide sobre la petición y expide el correspondiente acto administrativo de suspensión del porte de armas durante el tiempo que ella misma considere pertinente y suficiente. De manera que ante graves hechos o circunstancias de alteración que vulneren el orden público y cuando, además, el porte y uso de armas de fuego por parte de la población civil represente, como sucede generalmente ante la reconocida complejidad del conflicto interno, una amenaza grave adicional a los factores de perturbación, está impedido el alcalde para disponer, de manera autónoma, urgente e inmediata, tal y como lo exigen precisamente esas circunstancias, para restringir el porte de armas y evitar que la situación se desborde en hechos de mayor gravedad, en todo caso violatorios del ejercicio de los derechos, las libertades públicas y la pacífica convivencia de la colectividad.

La Carta Magna establece claramente la función de las Fuerzas Militares al puntualizar que "La Nación tendrá para su defensa unas fuerzas militares permanentes constituidas por el Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea... Las fuerzas militares tendrán como finalidad primordial la defensa de la soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y del orden constitucional...*". (C.P. artículo 217). Podríamos decir, entonces, que la jurisdicción de las Fuerzas Militares tiene carácter nacional y general. Sin embargo, en virtud de lo expuesto, resulta contradictorio que en cumplimento del Decreto 2535 de 1993, quede a facultad de la autoridad militar la valoración de las circunstancias de orden público de la municipalidad y la determinación con respecto a los términos de la suspensión en el porte de armas que conduzca a su restablecimiento, en abierta vulneración de los preceptos constitucionales y de la doctrina de la honorable Corte Constitucional que ha puntualizado al respecto:* "... el orden público se determina en función de circunstancias locales que en un momento determinado pueden desencadenar riesgos o problemas. Por eso mismo son las autoridades municipales las encargadas de mantenerlo, por su cercanía a los administrados y porque la noción misma de poder de policía se construye a partir de factores esenciales de la vida comunitaria que se manifiestan primordialmente en la órbita municipal*"*[3]. (Subrayas del autor del proyecto).

Y es por el mismo carácter de su función constitucional que la autoridad militar resulta ajena, extraña y lejana a la municipalidad, al ámbito local. Es también una autoridad distante para el ciudadano, pues desconoce la realidad de su cotidianidad, así como sus necesidades, por no ser, esta ni aquellas, objetivo de su misión. Sumemos, también, a las dificultades señaladas otros factores que hacen prácticamente inaplicable o, por lo menos, de difícil y complicada ejecución el procedimiento para que el alcalde pueda hacer uso del recurso de suspensión en el porte de armas cuando las circunstancias de desorden público se lo exigen:

• La distancia geográfica entre los municipios medianos y pequeños y las guarniciones militares autorizadas para decretar la suspensión: *es sabido que con frecuencia esta limitante conlleva grandes dificultades en los canales de comunicación. Difícilmente podrá el Alcalde de Calamar, Guaviare, por ejemplo, entrar en contacto con el Jefe de Estado Mayor de la Séptima Brigada, responsable de este procedimiento en la Ciudad de Villavicencio, e igualmente complicado será para el Oficial verificar en el término de unos cuantos minutos que la situación de riesgo o perturbación amerita la adopción de la medida, por cuánto tiempo deberá decretarse y cuáles son los canales adecuados y expeditos para dar a conocer la medida a la población que debe cumplirla.*

• La estructura, organización y funcionamiento de las Unidades Militares es generalmente desconocida y extraña para la autoridad civil municipal: *Si bien para cada Unidad Operativa se define una jurisdicción territorial que generalmente no coincide con la división político administrativa del país pues obedece a decisiones estratégicas y operacionales, esa información difícilmente trasciende al ámbito civil o al conocimiento general. Con frecuencia el alcalde desconoce la jurisdicción militar a la que está adscrita su población. Con frecuencia, también, el jefe militar desconoce que pequeñas poblaciones apartadas que, generalmente por este y algunos otros motivos se caracterizan por*

---

1 Sentencia C-366-96 M. P. Doctor Julio César Ortiz Gutiérrez, citando pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia. Sala Plena. Sentencia de abril 21 de 1982. M.P. Doctor Manuel Gaona Cruz.

2 Ibídem.

3 Corte Constitucional, Sentencia Nº T – 425 del 24 de junio de 1992 – MP. Dr. Ciro Angarita Barón.

la recurrencia conflictiva, están bajo su responsabilidad, particularmente en regiones como el Litoral Pacífico, Urabá, la Orinoquia y la Amazonia.

• Las Fuerzas Militares a consecuencia de la dinámica del conflicto armado modifican permanentemente su estrategia y su misma estructura operativa: *El esquema operativo tradicional se desprendía de la Unidad Operativa Mayor (División), se desplegaba en unas cuantas Unidades Operativas Menores (Brigadas), para terminar en varias Unidades Tácticas (Batallones). Hoy, doce años después de la expedición del Decreto 2535/93, encontramos, además, un sinnúmero de Brigadas Móviles a lo largo y ancho del territorio nacional y los llamados Comandos Conjuntos. Esta nueva y compleja organización plantea interrogantes sobre la definición de la competencia y la asignación de responsabilidad de la autoridad militar frente al municipio para los efectos comentados.*

• La función de decretar la suspensión en el porte de armas a solicitud del alcalde municipal, a cargo del Jefe de Estado Mayor de la Unidad Operativa, es tan extraña para la organización militar que no figura en el "Manual de Estado Mayor" del Comando General de las Fuerzas Militares, documento en donde están consignadas y explicadas las instrucciones concernientes a cada una de las responsabilidades y tareas a cargo del Oficial Jefe de Estado Mayor[4].

Uno de los últimos casos que confirman esta realidad, así como la inconveniencia de negar al alcalde la facultad para restringir el porte de armas como recurso imprescindible para prevenir o controlar alteraciones, mantener el orden público y garantizar la seguridad y convivencia ciudadanas fue registrado por el periódico El Tiempo, a comienzos del año 2006[5].

Se dice en la nota periodística, citando como fuente a la Secretaría de Gobierno de Medellín, que preocupados por los altos índices de homicidio, "el año pasado, los diez alcaldes del Area Metropolitana se unieron y solicitaron a la Cuarta Brigada restringir totalmente el porte de armas durante noviembre y diciembre. Aunque la Brigada aceptó hacerlo, pocos días después echó para atrás su determinación sin explicación alguna...". *(Subrayas del autor del proyecto). Según el mismo documento, el promedio de homicidios durante un fin de semana en Medellín es de 12 casos. Durante el único fin de semana que la Brigada mantuvo la suspensión en el porte de armas se registraron apenas cuatro asesinatos. Los alcaldes concluyeron, entonces, que tal y como se ha argumentado y de acuerdo con ese experimento,* entre menos armas estén en manos de los civiles, mayor número de vidas estarán a salvo. *Pero lamentablemente ese instrumento de prevención, la restricción en el porte de armas, no es potestativo del alcalde municipal.*

Y es precisamente bajo los mismos preceptos constitucionales que la Ley 136 de 1994 -Régimen Municipal- confirma en su artículo 84: "En cada municipio o distrito habrá un alcalde quien ejercerá la autoridad política, será jefe de la administración local y representante legal de la entidad territorial. El alcalde es la primera autoridad de policía del municipio o distrito y tendrá el carácter de empleado público del mismo".

Más adelante, en el artículo 91, la misma norma puntualiza: "FUNCIONES. Los alcaldes ejercerán las funciones que les asignan la Constitución, la ley, las ordenanzas, los acuerdos y las que le fueren delegadas por el Presidente de la República o gobernador respectivo.

... B) En relación con el orden público:

1. Conservar el orden público en el municipio, de conformidad con la ley y las instrucciones del Presidente de la República y del respectivo gobernador. La Policía Nacional cumplirá con prontitud y diligencia las órdenes que le imparta el alcalde por conducto del respectivo comandante.

2. Dictar para el mantenimiento del orden público o su restablecimiento de conformidad con la ley, si fuera del caso, medidas tales como:

a) Restringir y vigilar la circulación de las personas por vías y lugares públicos;

b) Decretar el toque de queda;

c) Restringir o prohibir el expendio y consumo de bebidas embriagantes;

d) Requerir el auxilio de la fuerza armada en los casos permitidos por la Constitución y la ley;

e) Dictar dentro del área de su competencia, los reglamentos de policía local necesarios para el cumplimiento de las normas superiores, conforme al artículo 9o, del Decreto 1355 de 1970 y demás disposiciones que lo modifiquen o adicionen.

Precisamente, y bajo esta misma doctrina, el mencionado Decreto 1355 de 1970 -Código Nacional de Policía, contempla en su artículo 2º que "*a la policía compete la conservación del orden público interno. El orden público que protege la policía resulta de la prevención y la eliminación de las perturbaciones de la seguridad, de la tranquilidad, de la salubridad y la moralidad públicas...*" e incluso dispone en su artículo 31 que *"el empleo colectivo de armas de fuego y otras más nocivas contra grupos de agresores, estará condicionado a orden previa de la primera autoridad política del lugar"* y en el artículo 39 que *"... los Alcaldes, como agentes del Gobernador, son jefes de policía en el Municipio*".

Ha dicho la honorable Corte Constitucional: *"...La función de policía es ejercida por las autoridades de la Rama Ejecutiva (como los alcaldes e inspectores) en cumplimiento de competencias determinadas por la ley... En consecuencia, la función de policía, además de los límites constitucionales y de derecho internacional de los Derechos Humanos, se encuentra sometida al principio de legalidad, a la eficacia y necesidad del uso del poder, a la proporcionalidad y razonabilidad de las medidas adoptadas y al respeto del principio de igualdad, porque las medidas de policía no pueden traducirse en discriminaciones injustificadas de ciertos sectores de la población..."*[6]

En virtud de lo anteriormente expuesto y entendiendo que es indispensable para la coherencia en el desarrollo de las estrategias integrales de seguridad ciudadana y orden público que los alcaldes dispongan de las herramientas necesarias para el desarrollo de sus funciones, se considera fundamental que se reconozca al alcalde municipal por medio de la ley, la facultad para restringir el porte de armas, en razón a la protección del orden público, sin que ello se interprete como violación a las disposiciones superiores que otorgan al Gobierno la potestad de introducir y fabricar armas, municiones de guerra y explosivos, aún más teniendo en cuenta que precisamente es el Alcalde agente del Jefe de Gobierno para el mantenimiento del orden público (C.P. artículo 303).

El proyecto de ley que en este sentido se presenta a consideración del honorable Congreso de la República, propone adicionar al artículo 91 de la Ley 136 de 1994, un literal que complemente las funciones de los alcaldes en relación con la preservación del orden público, así: *Ordenar la restricción al porte de armas por parte de la población civil, dentro de su jurisdicción o parte de ella* y en el artículo siguiente ordena puntualmente la derogatoria de los parágrafos 1° y 2° del artículo 41 del Decreto 2535 de 1993.

Recordemos, honorables Congresistas, que si bien no puede afirmarse que las armas de fuego son causantes de la violencia que azota a la Nación, debemos reconocer que sí la hacen más grave y dañina y que la limitante al jefe de policía y responsable del mantenimiento y control del orden público para disponer la suspensión al porte de armas por parte de la población civil, puede hacer incumplible esa importante responsabilidad del mandatario local, autoridad que, como es sabido, debe responder de manera autónoma y directa por el comportamiento de los índices de criminalidad, el mantenimiento del orden y la preservación de las condiciones de seguridad de sus gobernados.

De los honorables Congresistas,

Senador de la República,

Juan Fernando Cristo Bustos.

---

4 Comando General de las Fuerzas Militares, Manual de Estado Mayor, Imprenta y Publicaciones de las Fuerzas Militares, 1997.

5 Ver Periódico *"El Tiempo",* martes 17 de enero de 2006, página 2ª.

6 Sentencia C-492 de 2002 del 26 de junio de 2002. Magistrado Ponente Jaime Córdoba Triviño.

SENADO DE LA REPUBLICA
SECRETARIA GENERAL
Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., 1° de noviembre de 2006

Señora Presidenta:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 158 de 2006 Senado, *por la cual se adiciona un literal al artículo 91 de la Ley 136 de 1994*, me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Primera Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., noviembre 1° de 2006

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Primera Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la ***Gaceta del Congreso***.

Cúmplase.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

Dilian Francisca Toro Torres.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

***

PROYECTO DE LEY NUMERO 159 DE 2006 SENADO

por la cual se adiciona un inciso al artículo 454 del Código Penal y un 5° inciso al artículo 235 del Código de Procedimiento Penal.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Adiciónase al artículo 454 B del Código Penal con un inciso de este tenor:

En la misma pena incurrirá el empleado o representante legal de empresas prestadoras de servicio de telecomunicación, de Internet o de cualquier otra red computacional, electrónica, digital o similares que retarde u omita la entrega de información requerida judicialmente. La pena se incrementará de una tercera parte a la mitad cuando el objeto de la investigación tenga que ver con delitos de secuestro, homicidio, narcotráfico, lavado de activos, terrorismo, robo de propiedad intelectual, espionaje industrial, trata de personas, estímulo de prostitución de menores y pornografía infantil.

Artículo 2°. Adiciónase al artículo 235 del Código de Procedimiento Penal con un 5° inciso del siguiente tenor:

También podrán interceptarse, inclusive en tiempo real, comunicaciones realizadas a través de Internet o redes computacionales de otra índole, así como comunicaciones realizadas a través de nuevas tecnologías.

Artículo 3°. *Vigencia*. La presente ley tiene vigencia a partir de su promulgación.

El Senador de la República,

Miguel Pinedo Vidal.

EXPOSICION DE MOTIVOS

La tipificación de nuevas formas de omisión o retardo en la entrega de información requerida judicialmente a través del uso de red computacional, electrónica, digital, así como de comunicaciones que impliquen la utilización de nuevas tecnologías, se hace no solo conveniente sino necesaria ante la insuficiencia normativa en la regulación de comportamientos que involucran adelantos tecnológicos disímiles a los tradicionalmente utilizados, y que por su misma naturaleza no pueden constituirse en nuevos supuestos de reproche a través de una interpretación extensiva de la ley penal.

Como es sabido, los principios de tipicidad y legalidad imponen la consagración previa del supuesto normativo a la comisión de la conducta punible como requisito correlativo a la facultad de punición del Estado, pero adicionalmente exigen que la descripción típica del comportamiento sea precisa, clara y detallada a fin de no involucrar supuestos que se alejan del sentido de la norma, y más exactamente, de los elementos normativos que configuran una determinada conducta punible; previsión legal y constitucional esta que se erige como una garantía connatural al Estado de Derecho, y al margen de autonomía de cada ciudadano para conocer los límites de su actuación.

Por lo tanto, en aplicación del principio de tipicidad estricta no sería posible adecuar situaciones como las reseñadas anteriormente, en otros tipos penales cuyos núcleos comportamentales difieren de los previstos en el posible nuevo inciso del artículo 454 B, o que si bien pueden condenar cualquier tipo de obstrucción a la labor judicial -como lo pretende esta disposición-, contemplan mecanismos que se reducen a los servicios de comunicación a través de espectro electromagnético, y que dejan por fuera todos aquello cuya emisión y generación no precisan de aquel y constituyen nuevas tecnologías no amparadas todavía por la ley penal. Así mismo las normas de procedimiento penal parecen otorgar funciones de servicio de comunicación que requieran el uso del espacio electromagnético, por lo que se ve necesario la inclusión expresa de estas nuevas tecnologías como mecanismos que también pueden ser utilizados en la comisión de cualquier forma de omisión o retardo en la entrega de información judicial.

Como se ve, la posibilidad de configurar estos nuevos supuestos en las conductas previstas actualmente en el Código Penal sería nula ante la ausencia de regulación específica sobre los particulares elementos que componen esta nueva conducta, y que evidencia aún más el rezago de nuestras normas vigentes ante el estado actual de la técnica, lo que a su vez impone un esfuerzo legislativo a fin de responder adecuadamente a comportamientos que por su lesividad no pueden quedar por fuera del ámbito penal.

Por otra parte el incremento al quántum punitivo en investigaciones por delitos de secuestro, homicidio, narcotráfico, lavado de activos, terrorismo, robo de propiedad intelectual, espionaje industrial, trata de personas, estímulo de prostitución de menores y pornografía infantil, se hace proporcional ante la entidad de los bienes jurídicos tutelados y a la capacidad de estas conductas de producir un mayor impacto social. En efecto, la honorable Corte Constitucional ha encontrado ajustada la diferenciación punitiva para supuestos similares a los anteriores, no solo por la libertad en la configuración legislativa sino por la importancia de otorgar una protección reforzada a ciertos bienes jurídicos que están en íntima conexión con los valores fundamentales de nuestro Estado Social de Derecho.

Senador de la República,

Miguel Pinedo Vidal.

SENADO DE LA REPUBLICA
SECRETARIA GENERAL
Tramitación de Leyes

Bogotá, D. C., 2 de noviembre de 2006

Señora Presidenta:

Con el fin de que se proceda a repartir el Proyecto de ley número 159 de 2006 Senado, *por la cual se adiciona un inciso al artículo 454 del Código Penal y un 5° inciso al artículo 235 del Código de Procedimiento Penal*, me permito pasar a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa que fue presentada en el día de hoy ante Secretaría General. La materia de que trata el mencionado proyecto de ley es competencia de la Comisión Primera Constitucional Permanente, de conformidad con las disposiciones reglamentarias y de ley.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PRESIDENCIA DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., noviembre 2 de 2006

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el proyecto de ley de la referencia a la Comisión Primera Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional con el fin de que sea publicado en la ***Gaceta del Congreso***.

Cúmplase.

La Presidenta del honorable Senado de la República,

Dilian Francisca Toro Torres.

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Emilio Otero Dajud.

PONENCIAS

PONENCIA EN PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 22 DE 2006 SENADO

por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., octubre 31 de 2006

Doctor

Miguel Pinedo Vidal

Presidente

Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad.

Honorable Señor Presidente,

En cumplimiento del honroso encargo que me hiciera la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, me permito rendir el informe de ponencia en primer debate, dentro del término legal en los términos del artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, al **Proyecto de ley número 22 de 2006 Senado**, *por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones*, con fundamento en las siguientes consideraciones:

CONSIDERACIONES GENERALES AL PROYECTO

- OBJETIVO DEL PROYECTO

En Colombia no existe una ley general que rija la instalación, mantenimiento y operación de atracciones o dispositivos de entretenimiento, dentro de las cuales se incluyen las atracciones mecánicas y las ciudades de hierro que se instalan en Parques de Diversiones, sean estos de carácter temporal o permanente, acorde a lo establecido por el artículo 84 de la Constitución Política.

Particularmente en la capital de la República tienen vigencia dos decretos que regulan algunas actividades relacionadas con parques de diversiones.

- JUSTIFICACION DEL PROYECTO

• La motivación principal del proyecto, es dar a nuestro país, el instrumento jurídico para las actividades de recreación potencialmente peligrosas, el honorable Consejo de Estado ha considerado que el funcionamiento de los parques de atracciones mecánicas es una actividad peligrosa, según Sentencia Rad. número 12199 del 30 de noviembre de 2002 del Magistrado Ponente, Jesús María Carrillo Ballesteros, de la Sección Tercera.

• De tiempo atrás, estos lugares de diversión han sido apreciados y valorados por el gran público, que efectivamente, encuentra en ellos una forma de esparcimiento sano, en el cual se recupera la alegría y se encuentra la posibilidad de experimentar sensaciones extremas en un ambiente tranquilo, hecho este que ha dado lugar, para que en la gran mayoría de los países del mundo existan parques de diferentes clases, algunos de renombre mundial, como Disney World y Six Flags Magic Mountain de Los Angeles, entre otros, que son además lugares de turismo mundial, destinados principalmente a la población infantil y adolescente.

• El aprecio generalizado por estos lugares, impone al legislador el deber de promover su existencia, pero dentro de parámetros claros de funcionamiento -lo que interesa en el proyecto- con las suficientes garantías para los usuarios. Cada vez, resulta entendible la preocupación de los consumidores de estos servicios, para tener una regulación propia a estos parques.

• Una regulación legal para estos parques, significa establecer condiciones para la construcción de las atracciones mecánicas, intervenciones regulares en su funcionamiento y un régimen preventivo que ponga a salvo a los usuarios. La industria de estas atracciones y sus parques encuentra con este propósito, muy seguramente, un incentivo para prevenir accidentes, que se encuentra enmarcado dentro de sus políticas de costos y rendimiento de utilidades.

• Una responsable conducción de las estrategias de mercado, principalmente de las publicitarias, orientadas a dar a conocer estas empresas y sus contenidos, muchas veces se traducen, en que los consumidores pasen por alto las medidas de seguridad. De otra parte, no puede dejarse de señalar que los niveles de riesgo varían entre unas atracciones y otras, todo lo cual impone una rigorosa inspección y vigilancia del funcionamiento de estas empresas.

• Por supuesto, estas empresas se enmarcan y están amparadas por la iniciativa económica y es lícita la promoción publicitaria que de ella se realiza. El buen suceso, en el mercado libre, depende principalmente del marketing persuasivo y de las ventajas competitivas, es natural que los parques se preocupen por vender los servicios de las atracciones mecánicas, lo que no puede entenderse que no deba encontrar límite en la necesaria seguridad para los consumidores.

• En el contexto Latinoamericano, las experiencias han sido exitosas, es así como las asociaciones que agremian estas actividades en México y Argentina, se rigen por una serie de normas de las organizaciones ASTM y NFPA (que son referidas en el presente proyecto), con base en lo establecido en estas organizaciones, los anteriores países, han conformado unos comités de expertos para regular los parques a través de normas y reglamentos técnicos de operación y mantenimiento para las atracciones y dispositivos de entretenimiento.

• Los empresarios de esta industria en México, desde el año 1998, se pusieron de acuerdo para regirse de forma voluntaria con la ayuda de una "Guía para la implementación de un plan general de seguridad y protección civil para parques de diversiones y atracciones" realizada por el Comité se seguridad de la Asociación Mexicana de Atracciones y Parques de Diversiones, AMAP, que es avalada cada año por la dirección de protección civil de cada municipalidad. Esta guía se basa en los lineamientos de la Ley General de Protección Civil Mexicana y en las Normas Oficiales Mexicanas expedidas por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, que se basan en las normas expedidas por el Comité F-24 de la ASTM de los Estados Unidos de Norteamérica, USA.

• "*Lo anterior ha garantizado que los parques funcionen con mayor seguridad apegándose y cumpliendo las normas mencionadas lo cual se ha visto reflejado, en que desde ese entonces, no ha habido accidentes de consecuencias fatales en ninguno de los parques mexicanos*. Fernando Reyes, Presidente de AMAP".

• Aprovechar la experiencia de estos países, incluyendo USA, que no solo tiene la Asociación más antigua de parques llamada IAAPA, sino que también tiene un estándar importante de operación y mantenimiento, dado que es vigilado por varias asociaciones y entes gubernamen-

tales, en búsqueda de un solo objetivo llamado *seguridad* , que es vital para el desarrollo de esta actividad, en la que se pretende no dejar nada al azar y por el contrario asegurar la nueva operatividad y confiabilidad de los parques de diversiones, con lo que el nivel de riesgo en los parques va a ser minimizado.

- CONSIDERACIONES CONSTITUCIONALES Y DE CARACTER LEGAL

El proyecto de ley sometido a estudio se encuentra enmarcado dentro del Capítulo 2 "De los derechos sociales, económicos y culturales" artículo 44 de nuestra Carta Política, que a su texto dice: "**Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física,** la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, **la recreación** y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los Tratados Internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores".

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. (Negrillas fuera de texto).

La seguridad es un componente esencial del ordenamiento jurídico colombiano. En efecto, los fines generales del Estado colombiano se orientan a proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida y demás derechos y libertades (artículo 2° C. P.). Y, en desarrollo de lo anterior se impone a la ley el deber de regular el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos al público, así como el tipo de información que sobre los mismos debe suministrarse en las acciones de comercio. El propio constituyente previó la estructuración legal de sistemas de responsabilidad legal, para quienes en la producción y comercialización legal de bienes y servicios atenten contra la **seguridad** (artículo 78 de la C. P.).

El Decreto 350 de 2003, en lo que corresponde a los espectáculos públicos y eventos masivos en los artículos 12,17 inciso i), parágrafo 2° y el 18 inciso b1.1, 21, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33.

El Decreto 037 de 2005, por el cual se dictan disposiciones para el funcionamiento de las atracciones mecánicas y juegos participativos de recreación en el Distrito Capital. En Colombia con base en la Constitución Política de 1991, se expidió la Ley 100 de 1993; esta introduce el nuevo modelo de Seguridad Social que se fundamenta en el compromiso de dar cubrimiento integral en salud a la totalidad de la población y el 22 de junio de 1994, mediante Decreto 1295, se autorizó a las Compañías de Seguros de Vida para la explotación del ramo de Riesgos Profesionales.

Las Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP, trabajan con las empresas, diseñan y desarrollan estrategias de intervención con el ánimo de controlar y disminuir las pérdidas que se generan por la accidentalidad y las enfermedades profesionales. A partir de un diagnóstico técnico, las empresas tienen la garantía de la continuidad de los programas que cuentan con la infraestructura y los procesos necesarios para garantizar una oportuna y adecuada atención de los trabajadores que presenten accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La actividad de las ARP está enmarcada en la legislación expedida por los diferentes estamentos reguladores del Ministerio de la Protección Social en cuanto a la salud y lo laboral.

Dentro de la operación de los parques de diversiones, las ARP no son la organización ideal para ejercer una auditoría, debido a su enfoque netamente laboral. Desde este punto de vista, es un excelente complemento para las actividades que abarcan la seguridad industrial pero deja un gran vacío con respecto a los parámetros y normas de seguridad que cobijan a los diferentes usuarios de los parques de diversiones.

- LEGALIDAD DEL PROYECTO

El proyecto de ley objeto de la ponencia, cumple con los requisitos preceptuados en la Ley 5ª de 1992 en cuanto a la iniciativa legislativa como facultad dada en su artículo 140; en su contenido y forma está conforme a lo dispuesto constitucionalmente para tener una legislación para los diversos Parques de Diversiones y Atracciones Mecánicas.

- DISPOSICIONES INTERNACIONALES

El proyecto que presentamos a consideración del Senado toca puntos fundamentales para la seguridad y el adecuado funcionamiento de los parques de diversiones y resulta de gran importancia el debido análisis de los siguientes puntos:

- SEGURIDAD INDUSTRIAL

El control de la seguridad laboral en Estados Unidos está bajo la dirección de Occupational Safety and Health Administration, OSHA, organismo dependiente del Departamento de Trabajo que tiene la misión de velar por la seguridad y la salud de los trabajadores de ese país, fijando y haciendo cumplir estándares, ofreciendo el abastecimiento del entrenamiento y educación, estableciendo sociedades y el continuo mejoramiento en materia de seguridad y salud del lugar de trabajo.

OSHA y sus socios en Estados Unidos tienen aproximadamente 2.100 inspectores, más algunos investigadores de incidentes, ingenieros, médicos, educadores, escritores de los estándares y otro personal técnico que tiene más de 200 oficinas en todo el país. Este personal establece estándares protectores y hace cumplir esos estándares a patronos y empleados con programas de asistencia técnica y de consulta.

La OSHA tiene además de la función de inspeccionar diferentes sitios de trabajo al azar, con estos resultados establece políticas generales de mejoramiento para empleados y patronos en aras de la prevención de accidentes laborales.

- ATENCION Y PREVENCION DE DESASTRES

El Código de Seguridad Humana de la Nacional Fire Protecction Association, NFPA, que es la asociación nacional de la protección contra los incendios en los Estados Unidos, ha conducido los sistemas de seguridad contra fuego desde 1896 en ese país. La misión de esta organización internacional sin ánimo de lucro, es reducir el riesgo por fuego y otros eventos naturales en la calidad de vida, abogando por la investigación científica basada en códigos y estándares para la educación y prevención de accidentes por estas causas.

La asociación NFPA establece y publica los códigos nacionales y un plan de estudios para los alumnos alrededor del mundo, encaminados a la prevención y sistemas de evacuación y señalización.

Dos de los muchos códigos de NFPA que han alcanzado el reconocimiento mundial, adopción y aplicación son:

1. El Código de la Seguridad Humana -de la Vida-: NFPA 101, que proporciona los requisitos para el diseño, construcción, operación y mantenimiento del edificio para proteger a las personas contra el fuego, humo y los humos o las emergencias similares y sistemas de evacuación.

2. El Código Eléctrico Nacional: NFPA 70, que trata sistemas eléctricos y la instalación de equipos apropiados para proteger las personas y los riesgos que se presentan por el uso de la electricidad en edificios y estructuras.

En Bogotá la Dirección de Prevención y Atención de Emergencias, DPAE, es la oficina gubernamental adscrita a la Secretaría de Gobierno de la Alcaldía Mayor de Bogotá, que define las políticas e integra las acciones de prevención de riesgos y atención de desastres de las diferentes entidades que conforman el Sistema Distrital de Prevención y Atención de Emergencias, SDPAE.

Es en este contexto, en el cual Bogotá organiza y establece normas alrededor del tema con el DPAE como entidad coordinadora y por supuesto del SDPAE, que reúne y articula a diversos actores públicos privados y comunitarios.

Dentro de la operación de los parques de diversiones, la DPAE no es la organización ideal para ejercer una auditoría, debido a su enfoque orientado hacia los planes de emergencia. Desde este punto de vista es un excelente complemento para las actividades que abarcan la prevención de desastres muy orientado hacia la organización de las estructuras físicas pero deja un gran vacío con respecto a los parámetros y normas de mantenimiento y operación que cobija a los diferentes usuarios de los parques de diversiones, objetos de la presente ley.

- MANTENIMIENTO Y OPERACION

La American Society Of Testing & Materials, ASTM, organismo fundado en los Estados Unidos en 1898, proporciona un foro global para el desarrollo y la publicación de los estándares voluntarios del consenso para los materiales, los productos, los sistemas, los procedimientos y los servicios. ASTM tiene presencia internacional en 100 países con 30.000 individuos que son productores, usuarios, consumidores y representantes del gobierno y de la academia. Sobre 130 áreas variadas de la industria, los estándares de ASTM sirven como la base para la fabricación, la consecución, y las actividades reguladoras. Conocido antes como la sociedad americana para probar los materiales, ASTM internacional proporciona los estándares que se aceptan y se utilizan en la investigación y desarrollo, comprobación del producto, los sistemas de calidad, la estandarización operacional y las transacciones comerciales alrededor del globo.

La norma F-24 de la ASTM (documento de la séptima edición; año 2004) establece los estándares de instalación, mantenimiento y operación que rigen para los parques de diversiones en los Estados Unidos.

En Colombia no existe un organismo de carácter técnico especializado que reglamente las actividades de mantenimiento y operación de los parques de diversiones, razón por la cual la Asociación Colombiana de Atracciones y Parques de Diversiones, ACOLAP, consideró necesario establecer un Manual Técnico de Mantenimiento y Operación, siguiendo la orientación de las normas de ASTM para su aplicación en nuestro medio y la dimensión que tiene a nivel internacional, es recomendación de la Internacional Asociation Of Amusement Parks and Attracction, IAAPA, para su aplicación y la garantía que representa para la seguridad de trabajadores y visitantes, así como el hecho de que algunos parques del país desarrollan sus procedimientos de mantenimiento y operación bajo estos estándares ASTM. El Manual de ACOLAP se constituye en herramienta fundamental para la regulación de las atracciones de entrenamiento, porque extracta los mejores conceptos avalados por la misma IAAPA, que es la máxima autoridad mundial en este tema y agrupa a más de 185 países.

Es por esto que dentro de la operación de los parques de diversiones, las normas ASTM constituyen el concepto más cercano a lo que se busca en el presente proyecto de ley que cursa en el Congreso de la República.

El presente proyecto de ley contiene un estudio técnico serio, el cual se elaboró con la invaluable colaboración y ayuda de ACOLAP -que reúne a la mayoría de los empresarios del sector- toda vez que no existe en Colombia una institución que cuente con el conocimiento, la experiencia y el dominio sobre los temas de entretenimiento, operación, mantenimiento y seguridad que ofrecen los parques de diversiones. Por tal razón, ACOLAP ha tomado la iniciativa de reunir estos conceptos de la experiencia internacional para la expedición de un documento que permita estandarizar las normas básicas de funcionamiento para regular la actividad en Colombia.

Entendiendo la seriedad del tema en mención, presentamos a ustedes honorables Senadores esta ponencia, como resultado de un serio estudio jurídico y técnico del tema de las atracciones mecánicas, por presentarse un grave vacío en la regulación nacional.

Consciente de la importancia del tema de seguridad en los parques de atracciones, objeto de la presente ley, ante la evidente ausencia de legislación en torno al tema consideramos que es un documento serio y estructurado que puede servir en el estudio para la ponencia para primer debate ante el honorable Senado de la República.

Resulta menester mencionar, que el proyecto de ley que se somete a estudio para primer debate ante el honorable Senado de la República es el trabajo conjunto entre quienes hemos tenido la iniciativa de procurar la expedición de una ley que regule la operación de los parques de diversiones, de atracciones o dispositivos de entretenimiento, de atracciones mecánicas y ciudades de hierro en el país, dentro de los cuales se cuentan los agremiados de ACOLAP.

PROPOSICION

Con las anteriores consideraciones propongo a los honorables Senadores de la República, dar primer debate al **Proyecto de ley número 22 de 2006 Senado**, *por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones*, teniendo en cuenta el siguiente pliego de modificaciones.

De los honorables Senadores,

Claudia Rodríguez de Castellanos.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a primero (1°) de noviembre del año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, al **Proyecto de ley número 22 de 2006 Senado**, *por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

PLIEGO DE MODIFICACIONES PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY 22 DE 2006 SENADO

por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

El título del proyecto quedará así:

"por la cual se regula el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones".

Artículo 1º. El artículo 3°, numeral 1 y 5 quedarán así:

1. Certificado de existencia y representación legal, por parte de las personas jurídicas que pretendan instalar Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento en un Parque de Diversiones, ponerlos en funcionamiento, usarlos y explotarlos o registro mercantil o cédula de ciudadanía o RUT, por parte de las personas naturales.

5. Plan de señalización con las condiciones y restricciones de uso recomendadas por el fabricante o instalador, en lugares visibles en cada una de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento existentes en el Parque de Diversiones.

Artículo 2º. El artículo 7°, numeral 1 y su parágrafo 1° quedarán así:

1. Abstenerse de ingresar a los recorridos de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento bajo la influencia de alcohol, de sustancias psicotrópicas o de cualquier otra sustancia que altere el comportamiento y/o situación de alerta.

Parágrafo 1°. Los deberes de los visitantes de Parques de Diversiones y usuarios de Atracciones y Dispositivos de Entretenimiento serán divulgados en lugares visibles en las instalaciones del Parque de Diversiones y apoyado con las instrucciones de los Operadores.

Artículo 3º. El artículo 9° en su numeral 1 quedará así:

1. Multas sucesivas hasta por cinco (5) salarios mínimos legales vigentes por cada día de incumplimiento y hasta por treinta (30) días.

De los honorables Senadores,

Claudia Rodríguez de Castellanos.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a primero (1°) de noviembre del año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, al **Proyecto de ley número 22 de 2006 Senado**, *por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO A CONSIDERACION DE LA COMISION SEPTIMA DEL SENADO AL PROYECTO DE LEY NUMERO 22 DE 2006

por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones.

Artículo 1º. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto regular la intervención de las autoridades públicas del orden nacional, distrital y municipal, en el funcionamiento y operación, uso y explotación de los Parques de Diversiones, públicos o privados, Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento, conocidas como ciudades de hierro y atracciones mecánicas, en todo el territorio nacional.

Artículo 2º. *Definiciones y categorías*. Para efectos de la presente ley, se adoptan las siguientes definiciones y categorías:

Definiciones: Parques de Diversiones. Son aquellos espacios al aire libre o cubiertos, donde se instalan Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento, ciudades de hierro, atracciones mecánicas, así como recursos vinculados a la recreación, animales, máquinas o juegos, donde acude el público en búsqueda de sana diversión a través de interacción; se excluyen los juegos de suerte y azar.

Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento. Son los medios, elementos, máquinas o equipos interactivos, incluyendo las atracciones mecánicas, cuyo fin es lograr entretenimiento o diversión.

Categorías: Los Parques de Diversiones se dividen en permanentes, no permanentes o itinerantes, Centros de Entretenimiento Familiar, Temáticos, Acuáticos, Centros Interactivos, Acuarios y Zoológicos.

a) Parques de Diversiones Permanentes: Son aquellos que se instalan en un sitio o ubicación de carácter permanente. Para ello cuentan con una infraestructura permanente como estacionamientos, baños, estructuras de cimentación, recorridos peatonales y jardines. Estos parques tienen dentro de su oferta de entretenimiento, atracciones de alto impacto, familiares e infantiles, juegos de destreza y atracciones de carácter lúdico. Generalmente tienen a su alrededor un cerramiento definitivo y permanecen en el terreno ocupado por varios años;

b) Parques de Diversiones no Permanentes: Son aquellos que se instalan en un sitio o ubicación de carácter no permanente. Para ello cuentan con una infraestructura de carácter temporal. De ordinario sus atracciones o dispositivos de entretenimiento no requieren una infraestructura civil permanente, por lo que pueden ser transportadas de un lugar a otro con facilidad en cortos espacios de tiempo. Estos parques tienen dentro de su oferta de entretenimiento atracciones de alto impacto, familiares e infantiles, así como juegos de destreza. Generalmente tienen a su alrededor un cerramiento de carácter temporal y permanecen en el terreno ocupado por algunos años o meses. Su carácter itinerante hace que este modelo de negocio tenga que realizar muchos montajes (instalaciones) y desmontajes (desinstalaciones) en diferentes regiones de la geografía nacional o internacional;

c) Centros de Entretenimiento Familiar: Son aquellos que se instalan en Centros Comerciales, Cajas de Compensación, Hipermercados y Conglomerados Comerciales, casi siempre bajo techo. Como parte de la oferta de entretenimiento de los propios Centros Comerciales, cuentan con atracciones o dispositivos de entretenimiento para toda la familia;

d) Parques Temáticos: Son aquellos que se instalan en un sitio o ubicación de carácter permanente o no permanente. Su principal característica se centra en el manejo de su entorno o ambientación que tiene un carácter muy definido. Son comunes el manejo de temas como sitios geográficos, la prehistoria, cuentos infantiles y épocas de la historia, entre otros. Estos parques pueden o no tener dentro de su oferta de entretenimiento atracciones de alto impacto, familiares e infantiles o juegos de destreza;

e) Parques Acuáticos: Son aquellos que se instalan en un sitio o ubicación de carácter permanente o no permanente. Su principal característica se centra en el manejo del agua como medio recreativo o de entretenimiento. Estos parques tienen dentro de su oferta de entretenimiento atracciones de alto impacto, familiares e infantiles, toboganes, piscinas o fuentes interactivas, entre otros;

f) Centros Interactivos: Son aquellos que se instalan en un sitio o ubicación de carácter permanente o no permanente. Su principal característica se centra en el manejo de componentes de interactividad como experimentos o piezas que permiten una educación vivencial donde se logra la transmisión de conocimientos a través de su oferta de entretenimiento, atracciones de bajo impacto, salas interactivas con experimentos o piezas educativas, donde además se pueden encontrar algunas atracciones de carácter familiar;

g) Acuarios: Son aquellos que se instalan en un sitio o ubicación de carácter permanente o no permanente. Su principal característica se centra en la exposición de animales o seres que viven en un medio acuoso. Estos parques tienen dentro de su oferta de entretenimiento, atracciones, estanques o grupos de estanques donde se reproducen ecosistemas acuáticos con especies vivas, marinas o de agua dulce, con fines de exhibición educativa, recreativa o científica;

h) Zoológicos o Granjas: Son aquellos que se instalan en un sitio o ubicación de carácter permanente o no permanente. Su principal característica se centra en la exposición de animales o seres que viven en un ambiente terrestre. Estos parques tienen dentro de su oferta de entretenimiento, cerramientos o ambientes controlados donde se reproducen animales salvajes o domésticos con fines de exhibición educativa, recreativa o científica.

Artículo 3º. *Registro previo para la instalación y puesta en funcionamiento de las atracciones o dispositivos de entretenimiento*. La instalación y puesta en funcionamiento de Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento en cualquiera de las categorías de Parques de Diversiones señaladas en el artículo anterior, requerirá registro previo ante la respectiva autoridad distrital o municipal, para lo cual se deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Certificado de existencia y representación legal, por parte de las personas jurídicas que pretendan instalar Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento en un Parque de Diversiones, ponerlos en funcionamiento, usarlos y explotarlos o registro mercantil o cédula de ciudadanía o RUT, por parte de las personas naturales.

2. Contrato o autorización del propietario, poseedor o tenedor de los lugares donde operarán las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento. Cuando estos operen en inmuebles de propiedad del Estado se deberá acreditar el contrato celebrado con la respectiva entidad pública.

3. Póliza de responsabilidad civil extracontractual que cubra la responsabilidad civil derivada de lesiones a los visitantes de los Parques de Diversiones y usuarios de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento, cuyo valor será determinado por una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia, previa evaluación de los riesgos involucrados, la cual deberá amparar como mínimo, los siguientes: Lesiones y/o muerte de personas, rotura de maquinaria e incendio.

4. Hoja técnica de cada atracción o dispositivo de entretenimiento expedida por el fabricante o instalador, la cual deberá contener, como mínimo, la siguiente información: Capacidad, condiciones y restricciones de uso, reseñas de labores de mantenimiento, número de operarios requerido y descripción técnica.

5. Plan de señalización con las condiciones y restricciones de uso recomendadas por el fabricante o instalador, en lugares visibles en cada una de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento existentes en el Parque de Diversiones.

6. Plan de emergencias del sitio donde opera el Parque de Diversiones.

7. Certificación de existencia de un contrato de servicios médicos para la atención de emergencias celebrado con una entidad legalmente constituida.

8. Certificación de la realización de pruebas previas a la puesta en marcha, de conformidad con las recomendaciones del fabricante o instalador.

Parágrafo 1°. Acreditados los requisitos señalados anteriormente, la respectiva autoridad distrital o municipal expedirá un registro, al cual se le asignará un número de identificación.

Parágrafo 2°. El registro tendrá una vigencia de un (1) año, el cual deberá renovarse antes de su vencimiento, sin perjuicio de que las mo-

dificaciones o cambios de las condiciones del registro inicial sean actualizadas al momento de ocurrir tales cambios o modificaciones.

Parágrafo 3°. Los Parques de Diversiones no permanentes deberán efectuar el registro ante la respectiva autoridad distrital o municipal, previa a la instalación de cualquier Atracción o Dispositivo de Entretenimiento, el cual tendrá una vigencia igual a su permanencia, que no será superior a un (1) año.

Parágrafo 4°. Para la presentación de espectáculos públicos en los Parques de Diversiones, el interesado deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas vigentes sobre la materia.

Artículo 4º. *Requisitos de operación y mantenimiento*. La persona natural o jurídica que efectúe el registro de Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento en Parques de Diversiones deberá cumplir, para su operación y mantenimiento, los requisitos técnicos establecidos en este artículo los cuales contienen estándares relacionados con la operación, mantenimiento, inspección de Atracciones y Dispositivos de Entretenimiento, desarrollados con base en normas internacionales ASTM (American Society Of Testing & Materials), NFPA (Nacional Fire Protection Association), los Lineamientos de Mantenimiento y Operación de IAAPA (Asociación Internacional de Parques de Atracciones) y apoyados en los Reglamentos establecidos por las asociaciones nacionales de Estados Unidos, México, Argentina e Inglaterra.

Los requisitos de operación y mantenimiento de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento, son los siguientes:

1. Condiciones de ocupación de los Parques de Diversiones. Los Parques de Diversiones en cualquiera de las categorías señaladas en el *artículo 2°* de esta ley, cumplirán las siguientes condiciones de ocupación:

a) Contarán con un plan de emergencia avalado por los comités locales o por las autoridades competentes que incluye brigadas de emergencia debidamente entrenadas, planes de mitigación en caso de emergencia y otros requisitos que los comités locales o autoridades competentes estimen necesarios;

b) Contarán con salidas y rutas de evacuación adecuadas de acuerdo con su tamaño y tipo de operación;

c) Contarán con certificaciones expedidas por los cuerpos de bomberos sobre la idoneidad de las instalaciones en materia de sistemas contra incendios, planes de mitigación contra eventos naturales como terremotos, inundaciones y tormentas eléctricas, entre otros;

d) Contarán con señalización clara de evacuación en materia de rutas y salidas de emergencia;

e) Las zonas de parqueo, en caso de existir, deberán tener un plan de movilización de automotores en caso de emergencia y contar con espacios reservados para el tránsito de peatones y minusválidos debidamente demarcados y señalizados;

f) Contarán con un programa de salud ocupacional y riesgos profesionales para sus empleados en concordancia con la naturaleza del negocio y del Decreto-ley 1295 de 1994 o el que se encuentre vigente en esa materia.

2. Estándares de Mantenimiento de las Atracciones y Dispositivos de Entretenimiento. Corresponde a los Operadores de Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento cumplir con los estándares de mantenimiento, acatando siempre los manuales suministrados por el fabricante o instalador, para lo cual deberán:

a) Implementar un programa de mantenimiento, pruebas e inspecciones para establecer las obligaciones tendientes a mantener en buen estado cada Atracción o Dispositivo de Entretenimiento. Este programa de mantenimiento deberá incluir listas de chequeo, estar disponible para cada persona que hace el mantenimiento, tener una programación para cada una de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento y estimar, por lo menos, lo siguiente:

a) Descripción de la asignación del mantenimiento preventivo;

b) Descripción de las inspecciones que se realizan;

c) Instrucciones especiales de seguridad, donde aplique;

d) Recomendaciones adicionales del Operador.

b) Procurar el adecuado entrenamiento de cada persona que esté a cargo del mantenimiento de las Atracciones o Dispositivo de Entretenimiento, como parte esencial de sus responsabilidades y obligaciones. Este entrenamiento comprenderá como mínimo:

a) Instrucción sobre procedimientos de inspección y mantenimiento preventivo;

b) Instrucción sobre obligaciones específicas y asignación de puestos de trabajo y labores;

c) Instrucción sobre procedimientos generales de seguridad;

d) Demostración física de funcionamiento;

e) Observación del desempeño práctico de la persona bajo entrenamiento, por parte de un supervisor, que evaluará su aptitud y actitud;

f) Instrucciones adicionales que el operador estime necesarias para el buen funcionamiento de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento.

c) Someter las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento a inspecciones documentales diarias (Lista de Chequeo de Mantenimiento), antes de ponerlas en funcionamiento y ofrecerlas al servicio del público, de acuerdo con las instrucciones contenidas en los manuales de mantenimiento**.** El programa de inspección debe incluir, como mínimo, lo siguiente:

a) Inspección de todos los dispositivos de cargue de pasajeros y sus dispositivos, incluyendo cierres y restricciones;

b) Inspección visual de escaleras, rampas, entradas y salidas;

c) Pruebas de funcionamiento de todo equipo de comunicación, necesario para que la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento pueda funcionar adecuadamente, cuando aplique;

d) Pruebas de funcionamiento de todos los dispositivos de seguridad automáticos y manuales;

e) Inspección y prueba de los frenos, incluidos los frenos de emergencia, de servicio, parqueo y parada, donde aplique;

f) Inspección visual de todos los cerramientos, vallas y obstáculos propuestos de seguridad;

g) Inspección visual de la estructura de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento;

h) Inspecciones completas para operar en el ciclo normal o completo;

i) Inspección en funcionamiento sin pasajeros, siempre y cuando aplique a la atracción, antes de iniciar cualquier operación, para determinar su apropiado funcionamiento y establecer si requiere o no cierre de operación a causa de: Mal funcionamiento de desajuste o; Modificaciones mecánicas, eléctricas u operativas; Condiciones ambientales que afecten la operación o una combinación de las tres;

j) Evaluación de la calidad bacteriológica del agua dentro de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento, cuando en esta se utilice este recurso y el usuario pueda, razonablemente, verse expuesto a ingerir o a entrar en contacto con volúmenes que no representen un riesgo para su salud. Esta condición debe ser avalada por una entidad de salud reconocida y autorizada para tal fin.

3. Programas de Inspección. Los programas de inspección que se realicen en los Parques de Diversiones donde se instalen Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento, deberán acatar las siguientes reglas:

a) Archivar por un tiempo no un inferior a un (1) año, los documentos de inspección determinados por el Operador;

b) Notificar puntualmente al fabricante o instalador, sobre cualquier incidente, falla o mal funcionamiento que según su criterio afecte la continuidad operativa de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento;

c) Acreditar la idoneidad de sus dependientes encargados de ejecutar los programas de mantenimiento.

4. Ensayos no Destructivos (E.N.D.). Por Ensayo no destructivo (E.N.D.) se entiende, la prueba o examen que se practica a un material para determinar su resistencia, calidad y estado. En estas pruebas se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

a) Se realizarán en componentes y Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento de estructuras metálicas, cuando sean recomendadas por el fabricante o instalador;

b) Se realizarán por un inspector calificado bajo un estándar internacional reconocido como la ASNT (American Society for Nondestructive Testing) o AWS (American Welding Society);

c) Se desarrollarán y aplicarán con métodos y técnicas tales como radiografía, partículas magnéticas, ultrasonido, líquidos penetrantes, electromagnetismo, radiografía neutrón, emisión acústica, visuales y pruebas de escape para examinar materiales o componentes con el fin de que no sufran deterioro o mal funcionamiento y sean de utilidad para detectar, localizar, medir y evaluar discontinuidades, defectos y otras imperfecciones, además de asegurar las propiedades, integridad, composición y medir sus características geométricas;

d) Se usarán, exclusivamente, para verificar la integridad de componentes de acuerdo con su diseño, localización, instalación o una combinación de estas y no para un fin diferente;

e) Se programarán, cuando sea aplicable, en términos de horas, días u otro componente de operación. El diseño inicial deberá proveer los periodos entre ensayos, que nunca serán superiores a un (1) año.

Parágrafo 1°. Corresponde al fabricante o instalador recomendar los componentes objeto de inspección y los métodos o tipos de ensayos no destructivos, excluyendo los procedimientos para los ensayos, salvo que se advierta riesgo de involucrar otro componente de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento.

Parágrafo 2°. El fabricante o instalador podrá incluir en la sección apropiada del manual de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento, un listado y localización de los componentes y áreas críticas que requieren inspección con E.N.D de acuerdo con el literal e. anterior.

Parágrafo 3°. Los componentes que no resulten conformes de acuerdo con los ensayos no destructivos, deberán reemplazarse o reacondicionarse de acuerdo con las normas de mantenimiento.

Los componentes que se encuentren conformes o que han sido reemplazados o reacondicionados serán programados para futuros ensayos de acuerdo con los literales **d** y **e**. anteriores.

Cuando el operador lo estime conveniente y no existan recomendaciones del fabricante o instalador, podrá contratar un profesional o agencia de Ingeniería con calificaciones, entrenamiento y certificaciones en el tema para que desarrolle el programa de inspección de E.N.D de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento o sus componentes.

Parágrafo 4°. El Operador de una Atracción o Dispositivo de Entretenimiento deberá implementar un programa de ensayos basado en las recomendaciones de este artículo.

Artículo 5°. *Estándares de Operación de Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento.* Corresponde a los Operadores de Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento:

1. Establecer prácticas de seguridad y aplicarlas en sus instalaciones.

2. Aplicar el contenido de las normas de operación recomendadas por el fabricante o instalador.

3. Implementar un Manual de operación para cada Atracción o Dispositivo de Entretenimiento, el cual deberá incluir listas de chequeo, estar disponible para cada persona que participa en la operación, tener una programación para cada una de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento y establecer, por lo menos, los siguientes literales:

a) Las políticas para la operación de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento con base en la información pertinente suministrada por el fabricante o instalador. Para desarrollar estas políticas, el Operador de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento deberá:

a) Hacer una descripción de la operación de la atracción;

b) Establecer los procedimientos generales de seguridad;

c) Designar los puestos de trabajo para la operación de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento;

d) Incluir otras recomendaciones que estime pertinentes;

e) Desarrollar procedimientos específicos de emergencia frente a eventos anormales o interrupción abrupta del servicio.

b) Desarrollar un programa de entrenamiento. Este programa deberá incluir, como mínimo, lo siguiente:

a) Desarrollo de procedimientos e instructivos para la operación de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento;

b) Desarrollo de instructivos sobre las funciones específicas en los puestos de trabajo;

c) Demostración física de la operación de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento;

d) Observación del desempeño práctico de la persona bajo entrenamiento, por parte de un supervisor que certificará su actitud y aptitud;

e) Acreditación de la capacitación del controlador en el puesto de trabajo después del entrenamiento;

f) Demás instructivos que el Operador estime pertinentes para el correcto funcionamiento de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento.

c) Desarrollar Programas de Inspección. Previa a la puesta en funcionamiento y ofrecimiento al público de alguna Atracción o Dispositivo de Entretenimiento, el Operador deberá someter la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento a inspecciones documentales (lista de chequeo de operación), con base en las instrucciones contenidas en los instructivos de operación y mantenimiento.

d) El programa de inspección deberá incluir, al menos, lo siguiente:

a) Pruebas de funcionamiento de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento antes de iniciar cualquier operación con usuarios;

b) Inspección de todos los dispositivos de cargue de pasajeros y sus dispositivos, incluyendo cierres y restricciones;

c) Inspección visual de escaleras, rampas, entradas y salidas;

d) Pruebas de funcionamiento de todo equipo de comunicación necesario para el funcionamiento de la Atracción o Dispositivo de Entretenimiento.

Parágrafo 1°. El operario que controla el acceso a las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento deberá negar el ingreso a estas cuando advierta riesgos en la integridad física de quien pretenda su uso, o riesgos para la seguridad de otros usuarios, de los Operadores o de otras Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento.

Parágrafo 2°. El Operador podrá establecer restricciones de estatura de conformidad con las recomendaciones del fabricante o instalador y de los diseños aplicados sobre cada Atracción o Dispositivo de Entretenimiento.

Parágrafo 3°. El Operador instalará una señalización con instructivos dirigidos al público, de forma prominente y redactada de manera corta, simple y puntual.

Parágrafo 4°. El Operador deberá señalizar en el sitio de embarque con los instructivos de uso, deberes y obligaciones de los pasajeros durante el recorrido.

Artículo 6°. *Reemplazo de partes y repuestos de las atracciones o dispositivos de entretenimiento.* Para el reemplazo de partes y repuestos de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento el Operador deberá:

1. Usar el procedimiento original suministrado por el fabricante o instalador y aplicar una apropiada nomenclatura o,

2. Usar el manual de especificaciones y dibujos suministrado por el fabricante o instalador o,

3. Usar el procedimiento original suministrado por el fabricante o instalador, clasificando elementos equivalentes a la función y calidad, cuando estos no sean suministrados por el fabricante o instalador.

Parágrafo 1°. En caso de no existir procedimientos del fabricante o instalador para el reemplazo de partes y repuestos, el Operador podrá, dentro de sus programas de mantenimiento, establecer dicho procedimiento de acuerdo con su programa de mantenimiento.

Artículo 7°. *Deberes y responsabilidad de los visitantes de parques de diversiones y usuarios de atracciones y dispositivos de entretenimiento*. En consideración a los riesgos inherentes en el uso de Atraccio-

nes o Dispositivos de Entretenimiento, los cuales aceptan los usuarios desde que hagan uso de los mismos, constituirá deber de éstos acatar estrictamente las instrucciones de seguridad escritas u orales impartidas por el Operador y utilizarlos de manera responsable, cuidando siempre de no causar daño.

En especial, constituirá deber de los visitantes de Parques de Diversiones y de los usuarios de Atracciones y Dispositivos de Entretenimiento:

1. Abstenerse de ingresar a los recorridos de las Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento bajo la influencia de alcohol, de sustancias psicotrópicas o de cualquier otra sustancia que altere el comportamiento y/o situación de alerta.

2. Utilizar apropiadamente durante todo el recorrido los equipos de seguridad tales como barras de seguridad, cinturones de seguridad y arnés, suministrados por el Operador.

3. Abstenerse de exigir a los empleados del Operador conducta distinta de las establecidas como normas de operación.

4. Respetar y hacer respetar por parte de las personas a su cargo, los accesos al Parque de Diversiones y a las diferentes Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento.

5. Respetar y hacer respetar por parte de las personas a su cargo, las filas, las zonas de circulación y cargue, los cierres y demás zonas restringidas y mantener el orden y la compostura mientras se produce el acceso, durante el uso o la permanencia y a la salida del Parque de Diversiones y de sus Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento y demás actividades que se desarrollen en estos.

6. Abstenerse de usar Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento o de participar en atracciones o actividades que representen riesgo para su integridad personal o la de las personas a su cargo, en especial, por sus condiciones de tamaño, salud, edad, embarazo, mentales, sicológicas o físicas, respetando en todo caso las instrucciones y restricciones que se suministren para el acceso a las mismas.

7. Abstenerse y exigir de las personas a su cargo que hagan lo propio, de realizar cualquier actividad que ponga en riesgo su integridad física, la de los demás visitantes o usuarios o de los operarios y empleados del Parque de Diversiones o la integridad de los elementos, equipos, instalaciones o bienes que se encuentren en el Parque de Diversiones.

8. Abstenerse de ingresar a los cuartos de máquinas, las áreas de operación y mantenimiento y a las demás áreas restringidas del Parque de Diversiones y exigir lo mismo de las personas a su cargo.

Parágrafo 1°. Los deberes de los visitantes de Parques de Diversiones y usuarios de Atracciones y Dispositivos de Entretenimiento serán divulgados en lugares visibles en las instalaciones del Parque de Diversiones y apoyados con las instrucciones de los Operadores.

Parágrafo 2°. Los visitantes y operadores de Parques de Diversiones y Usuarios de Atracciones o Dispositivos de Entretenimiento serán responsables por los perjuicios que llegaren a causar originadas en conductas contrarias a los deberes que les impone la presente ley.

Artículo 8°. *Inspección, vigilancia y control*. Es obligación de las autoridades distritales y municipales competentes, de conformidad con las disposiciones expedidas por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo o por la entidad que haga sus veces, ejercer la inspección, vigilancia y control para verificar y garantizar el cumplimiento de las condiciones de calidad e idoneidad en la prestación de los servicios inherentes a los parques de diversiones y el cumplimiento de la presente ley.

Parágrafo 1°. La entidad nacional competente estará facultada para reglamentar el procedimiento operativo para el ejercicio de la función de inspección vigilancia y control establecidos en la presente ley.

Artículo 9°. *Sanciones.* Para efectos de la presente ley, las sanciones que podrán imponer las autoridades competentes por violación de sus disposiciones, son las siguientes:

1. Multas sucesivas hasta por cinco (5) salarios mínimos legales vigentes por cada día de incumplimiento y hasta por treinta (30) días.

2. Orden de suspensión de operación de la respectiva Atracción o Dispositivo de Entretenimiento, hasta por el término de treinta (30) días.

3. Orden de cese de actividades de la respectiva Atracción o Dispositivo de Entretenimiento, si pasados sesenta (60) días de haber sido sancionado con la orden de suspensión, continúa sin observar las disposiciones contenidas en la presente ley.

4. Cancelación del registro del Parque de Diversiones.

Parágrafo 1°. Las sanciones contempladas en el numeral 1) de este artículo serán aplicables en los eventos de incumplimiento u omisión de los requisitos acreditados al momento de realizar el registro que no impliquen riesgo para la seguridad de los visitantes o usuarios de los Parques de Diversiones, siempre que el cumplimiento de estos requisitos no se hubieren acreditado dentro del plazo otorgado para presentar descargos.

Parágrafo 2°. Las sanciones contempladas en los numerales 2), 3) y 4) de este artículo serán aplicables, en su orden, cuando se advierta riesgo para la seguridad de los visitantes o usuarios del Parque de Diversiones.

Lo anterior, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria de los funcionarios públicos encargados de hacer cumplir la presente ley.

Artículo 10. *Transitorio.* Los Operadores de Atracciones y Dispositivos de Entretenimiento cuentan con seis (6) meses a partir de la sanción de la presente ley para efectuar el registro de aquellas que se encuentren en operación antes de su vigencia.

Artículo 11**.** *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su sanción y publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Honorable Senadora

Claudia Rodríguez de Castellanos.

COMISION SEPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA

Bogotá, D. C., a primero (1°) de noviembre del año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, al **Proyecto de ley número 22 de 2006 Senado,** *por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

***

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY 02 DE 2006 CAMARA, 040 DE 2006 SENADO, Y SUS PROYECTOS ACUMULADOS 01 DE 2006, 20 DE 2006, 26 DE 2006, 38 DE 2006, 67 DE 2006, 116 DE 2006, 122 DE 2006, 128 DE 2006, 143 DE 2006, SENADO Y 01 DE 2006, 18 DE 2006, 84 DE 2006, 130 DE 2006, 137 DE 2006, 140 DE 2006, 141 DE 2006 CAMARA

por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., octubre 14 de 2006.

Doctores:

Honorable Senador MIGUEL PINEDO VIDAL

Honorable Representante LILIANA RENDON ROLDAN

Presidentes Comisiones Séptimas.

Congreso de la República de Colombia.

Ciudad.

Respetados Presidentes:

Dando cumplimiento al deber de presentar ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 040 de 2006 Senado, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus proyectos acumulados 01 de 2006, 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, Senado y 01 de 2006, 18 de 2006, 84 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140

de 2006, 141 de 2006, Cámara, cuyos contenidos se relacionan con cambios totales y parciales al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente en lo relacionado con la estructura, organización, políticas, competencias y recursos, entregamos a ustedes la exposición de motivos y el articulado propuesto para la ponencia de primer debate.

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. OBJETO DE LOS PROYECTOS.

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

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

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

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

3. PL 20 de 2006, Senado, "Por la cual se hacen modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud", cuya autoría es del honorable Senador Dieb Maloof Cuse, propone modificaciones al SGSSS, en lo relacionado con las **competencias** en los **diferentes niveles** político – administrativos, el recaudo, distribución y flujo de recursos, el aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública y la inspección, vigilancia y control.

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

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

6. PL 67 de 2006, Senado, "Por la cual se promueve la universalización de la afiliación al sistema general de seguridad social en salud", cuyos autores son los honorable Senador Zulema Jattin, Armando Benedetti, Julio Manzur, honorable Representante Bernardo M. Elías, Eduardo Crissien, Erick Morris, Carlos Zuluaga, Luis Antonio Serrano y otros, plantean **aumentar la cotización del régimen contributivo** de salud, al trece por ciento (13%) del Salario Base de Cotización, incluyendo los regimenes de excepción; de igual forma, el Gobierno Nacional y el Congreso de la República tendrían que garantizar la apropiación de los recursos necesarios para alcanzar la **universalidad en dos años** de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y la sostenibilidad del Sistema.

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

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

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

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

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

12 PL 018 de 2006, Cámara, "Por la cual se modifica el régimen subsidiado de seguridad social en salud de la ley 100 de 1993", de autoría de honorable Senador Alexandra Moreno Piraquive y Manuel Antonio Virgüez y la honorable Representante Gloria Stella Díaz Ortiz, se propone definir las **clases de afiliados** que existen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

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

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

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

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

II. CONSIDERACIONES SUPRACONSTITUCIONALES, CONSTITUCIONALES Y LEGALES.

1. NORMAS SUPRACONSTITUCIONALES.

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

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

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

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

• Si bien los derechos no deben ser traducidos literalmente a leyes internas, ni en los Convenios se aconsejan procedimientos determinados para invocarlos en los sistemas domésticos, el Estado debe asegurarse de que la organización o la legislación locales prevean mecanismos efectivos de protección de los derechos consagrados en los instrumentos.

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

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

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

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

a) Declaración Universal de los Derechos humanos 1948.

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

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

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

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

• Artículo 9°. **DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL.**

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

• Artículo 10. **DERECHO A LA SALUD.**

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

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

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

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

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

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

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

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

d) LEY 516 DE 1999 "Por medio de la cual se aprueba el Código Iberoamericano de Seguridad Social", acordado por unanimidad en la

"Reunión de Ministros - Máximos Responsables de Seguridad Social de los Países Iberoamericanos".

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

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

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

Sección Segunda - Asistencia sanitaria

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

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

a) Primera Fase:

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

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

b) Segunda Fase:

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

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

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

c) Tercera Fase:

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

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

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

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

• Artículo 38. La asistencia sanitaria, prestada de conformidad con los artículos anteriores tendrá por objeto promover, preservar, restablecer o mejorar el estado de salud de las personas protegidas, así como en su caso su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

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

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

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

i) La asistencia médica general;

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

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

iv) La hospitalización, cuando fuese necesaria.

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

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

ii) La hospitalización, cuando fuese necesaria.

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

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

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

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

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

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

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

e) CONVENIOS OIT

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

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

2. CONSIDERACIONES CONSTITUCIONALES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hemos tenido en cuenta, para proponer el articulado inserto más adelante el artículo 48 de nuestra Carta Fundamental y advertimos, desde ya, que en la comisión séptima de Senado se evidenciarán dos formas de concebir la organización para la prestación del servicio de salud: una concepción no tocará el modelo planteado en la Ley 100 del 1993, para seguir permitiendo lo que fue casi de rechazo unánime hacia el seno de la comisión accidental: la mercantilización de la salud y consecuencialmente la concepción de que su prestación es un negocio, tal vez de los mejores, a costa de la salud de los colombianos y colombianas, y otra concepción, según la cual para realizar el interés general es menester sacrificar intereses particulares, eliminando el ánimo de lucro, permitiendo así la realización del derecho para millones de colombianos que hoy están excluidos de la salud, avanzando en la construcción de equidad. En este sentido buscamos que la prestación de servicios de salud sea eficiente, que sea universal, que esté inspirado en la solidaridad, para que a su vez, podamos predicar que el derecho es irrenunciable.

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

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

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

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

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

ANTECEDENTES DEL INFORME DE ESTA PONENCIA

Los ponentes designados para el estudio de los proyectos acumulados, tanto para Senado como para la Cámara de Representantes, nos reunimos en la Comisión Séptima de Senado, el día 23 de Octubre, a las 4:00 p. m. a la cual asistieron los siguientes parlamentarios: Miguel Pinedo Vidal, Eduardo Benítez, Reginaldo Montes, Luis Carlos Avellaneda Tarazona y otros, presentándose diferencias de fondo frente al tipo y alcances y concepción sobre el sistema de salud que requiere el país. Lo anterior, impidió la elaboración y presentación de una ponencia unificada lo que determinó que en nuestro caso presentemos esta ponencia alternativa a la de mayorías.

II. ANALISIS SECTORIAL

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

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

1. EL DIVORCIO ENTRE SALUD PUBLICA Y SALUD INDIVIDUAL

La reforma a la seguridad social de 1993, se estableció sin tratar de manera articulada y adecuada la salud pública. De allí que sus conte-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lo anterior se evidencia al observar los siguientes resultados:

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

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

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

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

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

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

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

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

En este punto, es necesario mencionar que, según la reglamentación internacional, ratificada por Colombia, en materia de salud, el Estado ha adquirido mayores obligaciones, en particular la Observación Nº 14 del Comité Internacional sobre los Derechos Sociales Económicos y Culturales de 2001, para definir los mínimos esenciales del derecho a la salud:

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

• Acceso a alimentación nutritiva, adecuada y segura.

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

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

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

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

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

ASEGURAMIENTO

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

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

Fuente: MPS, Informe de Actividades 2005-2006.

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

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

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

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

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

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

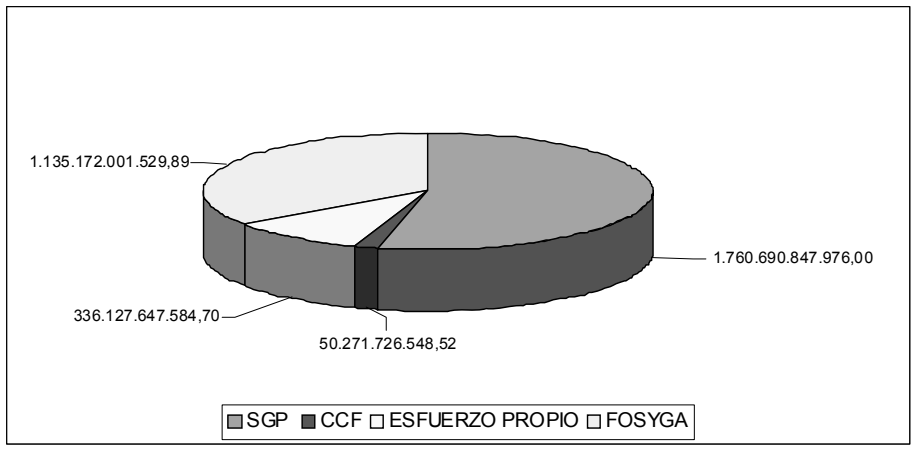
Lo anterior se ha traducido en una evidente falta de desarrollo del régimen, en cuanto a la incorporación de población independiente con capacidad de pago. Esto se encuentra determinado por diversos factores, tales como las estrategias comerciales de las EPS, las cuales acuden a barreras sutiles de acceso.

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

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

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

RECURSOS DE FINANCIACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO



Fuente: Informe CNSSS. 2006.

Respecto al flujo de estos recursos desde el nivel central hacia los prestadores, es importante señalar que este se ve afectado, dado que los rubros deben ser girados en un primer paso, desde el nivel central o departamental a los municipios, para luego ser pagados los contratos de administración a las ARS, quienes a su vez deben pagar a los prestadores, previa presentación de las cuentas. Este proceso, en el mejor de los casos, implica un periodo de 60 días, cuyo costo financiero recae sobre el prestador, quien replica estas tardanzas sobre el personal que labora en ellas; así, se puede concluir que el Asegurador se apalanca financieramente sobre el prestador, resultando negativo para la calidad de la atención en el sistema, al convertirse el usuario en la víctima final del círculo vicioso descrito, al cual Michael Porter, ha denominado competencia de suma cero, en la cual no se genera valor para ninguno de los actores involucrados, ya que se olvida la razón de ser del sistema, la cual es la recuperación y la conservación de la salud de los afiliados.

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

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

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

a los negociantes que se tomaron la salud, a costa de los usuarios, los profesionales y los trabajadores del sector.

SOLUCIONES PROPUESTAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta propuesta se caracteriza fundamentalmente por:

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

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

• El sistema no puede ser objeto de lucro.

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

• No hay preexistencias, ni períodos de carencia.

• No hay copagos, ni cuotas moderadoras.

• Se garantiza la libre elección de EAS e IPS.

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

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

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

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

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

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

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

• Política estatal en talento humano para el sector salud.

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

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

• Componente materno-infantil.

• Componente en salud oral.

• Componente y política pública de medicamentos.

• Componente de cobertura familiar y comunitaria.

• Atención de población con discapacidad física o cognitiva.

• Atención en salud mental.

• Atención inicial de urgencias.

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

• Atención de eventos catastróficos y accidentes de tránsito ECAT.

• Atención de enfermedades de alto costo AEAC.

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

Asimismo, el sistema organizará los siguientes niveles de atención:

• 1er. Nivel: Atención ambulatoria y hospitalaria, consulta externa, urgencias y hospitalización de corta estancia.

• 2°. Nivel: Prestación de servicios especializados.

• 3er. Nivel: Prestación de servicios supraespecializados.

• 4º. Nivel: Prestación de servicios de máxima complejidad, con óptimo desarrollo en el campo investigativo, quirúrgico, de imágenes diagnósticas y de laboratorio clínico.

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

• Atención a prioridades epidemiológicas y factores de riesgo.

• Fomento de factores protectores.

• Fomento y promoción de la salud.

• Ambiente sano.

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

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

• Plan Ampliado de Inmunizaciones, PAI.

• Prevención de enfermedades crónicas y degenerativas.

• Prevención de enfermedades emergentes y reemergentes.

• Prevención de accidentes.

• Promoción de salud sexual y reproductiva.

• Planificación familiar.

• Prevención del embarazo en adolescentes.

• Promoción de la salud materno-infantil.

• Prevención de las ETS - VIH-SIDA.

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

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

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

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

• Promoción de hábitos de vida saludable.

• Fomento y prevención de salud mental.

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

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

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

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

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

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

La iniciativa señala las funciones dentro del sistema para:

• El INS, Instituto Nacional de Salud.

• EL Invima, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

• El Instituto de Cancerología.

• El ICBF.

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

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

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

• De compensación para el régimen contributivo.

• De solidaridad para el régimen solidario

• De salud pública colectiva

• De eventos catastróficos y accidentes de tránsito

• De atención de enfermedades de alto costo.

• De riesgos profesionales y salud ocupacional.

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

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

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

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

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

• Cotización de contratistas independientes o por presunción de rentas.

• Cotización de trabajadores vinculados a la economía informal.

• Cotización de colombianos residentes en el exterior.

• Cotización de contratistas al sistema general de riesgos profesionales.

• Cotización de los pensionados con criterio diferencial por ingresos.

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

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

RECURSOS FISCALES:

• Recursos del monopolio de juegos a través de Etesa.

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

• Recursos del SGP y otras transferencias de la nación.

• Recursos del SGP destinados a acciones colectivas

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

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

• Recursos del impuesto a compra de armas de fuego.

RECURSOS PARAFISCALES:

• Contribución obrero – patronal.

• Aportes de las cajas de compensación familiar.

• Cotización de los ingresos de los trabajadores independientes

• Cotización de empresarios para riesgos profesionales.

• Aportes de las cajas de compensación

• Recursos del SOAT y FONSAT.

• Rendimientos financieros.

La iniciativa incluye la estructuración con tecnología de punta de un SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION EN SALUD, SIINS, que contribuya a controlar los graves problemas de evasión y elusión de los recursos del sistema, a obtener una base de datos confiable y a mejorar la precaria vigilancia y control.

Se estructura un completo y riguroso Sistema de inspección, vigilancia y control a nivel nacional y territorial, con instancias de interventoría y auditoría especializada en salud, administración por resultados con base en indicadores de gestión, control interno, control social y se concreta la figura del DEFENSOR DEL PACIENTE.

PROPOSICION

Por las razones anteriormente expuestas y las modificaciones consignadas en el pliego adjunto, me permito proponer a los honorables Congresistas, dar primer debate al Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 040 de 2006 Senado, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* y sus proyectos acumulados 01 de 2006, 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, Senado y 01 de 2006, 18 de 2006, 84 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, Cámara.

Atentamente,

Luis Carlos Avellaneda T, Senador de la República; *Venus Albeiro Silva,* Representante a la Cámara; *María Isabel Urrutia,* Representante a la Cámara.

COMISIONES SEPTIMAS CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA Y DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES, en sesiones conjuntas y con mensaje de insistencia

Bogotá, D. C., a los tres (3) días del mes de noviembre año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, al **Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara,** *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* y sus proyectos acumulados 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, Cámara, 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, Senado y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara, suscrito por el honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda Tarazona* (Polo Democrático) y los honorables Representantes *María Isabel Urrutia Ocoró* (Alianza Social Negritudes) y *Venus Albeiro Silva Gómez* (Polo Democrático).

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

ARTICULADO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY

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

El articulado propuesto es el siguiente:

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD, SISALUD

CAPITULO I

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

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

Parágrafo. El SISALUD sustituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud y modifica el Sistema General de Riesgos Profesionales definido por la Ley 100 de 1993.

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

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

Artículo 3°. *Objetivos específicos.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g) PARTICIPACION: Es la garantía del ejercicio del derecho de los habitantes del territorio Nacional, para que de manera autónoma y organizada actúen en la planeación, dirección, organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

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

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

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

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

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

CONCEPTOS BASICOS

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

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

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

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

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

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

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

a) Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:

1. El Ministerio de la Protección Social, MPS.

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

3. Las Comisiones Territoriales de regulación del sistema integral de salud.

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

5. La Superintendencia Nacional de Salud.

6. El Instituto Nacional de Salud, INS.

7. El Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.

b) Los Organismos de Administración:

1. Las Entidades Administradoras de Salud, EAS.

2. Las Empresas Administradoras de Riesgos Profesionales, ARP.

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

c) Las Redes Integradas de Servicios de Salud:

1. Empresas Sociales del Estado de carácter Nacional.

2. Empresas Sociales del Estado de carácter Territorial.

3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

d) Los organismos de Financiación:

1. El Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

2. Los Fondos Territoriales de Salud.

3. Empresa Territorial para la Salud, Etesa.

4. Loterías Territoriales y Nacionales.

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

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

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

h) Las entidades formadoras de talento humano en salud;

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

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

CAPITULO II

De la dirección del sistema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II

De la regulación y supervisión del sistema

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

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

Representantes de los Garantes y Contribuyentes

1. El Ministro de Protección Social o su delegado.

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

3. Un representante de los Departamentos que deberá ser un secretario de salud.

4. Un representante de los gremios empresariales.

5. Un representante de las EAS.

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

Representantes de los Usuarios, Profesionales y Trabajadores

1. Un representante de la Confederación de Pensionados.

2. Un representante del los usuarios del Régimen Solidario.

3. Un representante de las organizaciones indígenas.

4. Un representante de las organizaciones de negritudes.

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

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

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

8. Un representante de las Facultades de Salud Públicas.

9. Un representante de las defensorías del paciente.

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

1. Un representante de la Academia Nacional de Medicina.

2. Un representante de las Federación Médica Colombiana.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

u) Adoptar su propio reglamento;

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

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

Parágrafo. Los miembros de estas Comisiones actuarán ad hoc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

e) Coordinar y vigilar la red nacional de laboratorios de salud pública Departamentales y Distritales;

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

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

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

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

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

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

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

m) Desarrollar y mantener estrategias que permitan el suministro y producción oportuna de los productos biológicos, necesarios para la

ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de importancia para la salud pública;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

r) Las demás que le sean asignadas.

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

CAPITULO III

De los afiliados al sistema

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITULO II
INTEGRALIDAD EN SALUD
CAPITULO I
Plan de Atención Integral en Salud, PAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

j) Con el fin de garantizar la continuidad y seguimiento al estado de salud de la población, cada familia afiliada a una EAS deberá contar

con una ficha o historia familiar sistematizada de salud, la cual hará parte integral del SIINS, siendo la información contenida en ella de carácter confidencial y su consulta será responsabilidad de la EAS, a la que se halle afiliado el núcleo familiar;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

f) La CRSISALUD definirá la operación del componente materno infantil, estableciendo de manera periódica las metas de salud materno infantil para cada Territorio y cada EAS;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Servicios ambulatorios especializados que requieran alta tecnología.

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

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

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

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

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

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

a) El Gobierno Nacional establecerá un programa de registro de población con discapacidad Física o Cognitiva, que permita precisar en

forma anual la situación epidemiológica y necesidades de atención en salud, en materia de discapacidad en el país;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II

De la salud pública

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

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

El derecho de los habitantes del territorio nacional, a una adecuada salud pública se materializa en esta ley mediante un Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, PASP Colectivo, que servirá tanto de referente

para la acción Estatal en cada territorio, como para la movilización de acciones intersectoriales, por parte de los demás actores involucrados dentro del Sistema Integral de Salud, orientadas al mejoramiento de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones.

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

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

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

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

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

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

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

g) El PASP-Colectivo se prestará a través de un modelo de salud familiar y comunitario, mediante la conformación de equipos de atención, los cuales como mínimo estarán integrados por: un médico general, una auxiliar de enfermería, una auxiliar de higiene oral, un promotor de salud, Un psicólogo y un técnico en saneamiento ambiental. Cada equipo deberá atender como máximo 800 familias, cuya frecuencia de visita será reglamentada por el Gobierno en un plazo no superior a seis (6) meses, contados a partir de la expedición de la presente ley, con base en estudios técnicos, que para el caso realice;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITULO III

DE LA OPERACION UNIVERSAL DEL SISTEMA

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

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

CAPITULO I

Del régimen contributivo de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 2°. El afiliado al que se le demuestre que incurrió en elusión de sus aportes obligatorios al SISALUD, será sancionado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con una multa de cinco veces el valor eludido. Este recaudo se destinará a la subcuenta de com-

pensación del Fosyga. Cada vez que reincida se duplicará el valor de la multa.

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

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

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

Parágrafo 3°. El afiliado al que se le demuestre que incurrió en elusión de sus aportes obligatorios al SISALUD, será sancionado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con una multa de cinco veces el valor eludido. Este recaudo se destinará a la subcuenta de compensación del Fosyga. Cada vez que reincida, se duplicará el valor de la multa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II

Del régimen solidario

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

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

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

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

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

Artículo 66. *Comité social de verificación del régimen solidario.* Las Alcaldías Municipales y Distritales conformarán con carácter obligatorio, un Comité Integrado por el secretario o Director Local de Salud, quien lo presidirá, una trabajadora social o Psicólogo Social perteneciente a la Alcaldía, un delegado de la personería local o quien ejerza sus funciones en el municipio, un delegado de la IPS pública de primer nivel, un delegado de los Comités de participación comunitaria mu-

nicipal y un delegado de las Asociaciones de Usuarios del Régimen Solidario del municipio; el Comité tendrá por objeto evaluar los casos de afiliados que perteneciendo al Régimen Solidario, tengan capacidad de pago para pertenecer al Régimen Contributivo, determinando su exclusión del primero; de igual forma definirá el ingreso al Régimen Solidario de personas que hayan perdido su condición de afiliados o beneficiarios del Régimen Contributivo. La periodicidad de reunión de este comité será mensual y sus decisiones serán ejecutadas de inmediato mediante el cargue en línea de esta información al SIINS. En los Distritos y ciudades de más de 50.000 habitantes, estos comités podrán descentralizarse en las localidades o comunas, según corresponda. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la operación de los comités sociales de verificación del Régimen Solidario y establecerá mecanismos de publicidad como audiencias públicas de manera que se pueda ejercer un control ciudadano.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo transitorio. Durante el período de transición, requerido para lograr la cobertura universal en salud, los hospitales públicos y aquellos privados con quienes exista contrato, continuarán prestando servicios a las personas pobres y vulnerables, no afiliadas al Régimen Solidario y con cargo a recursos de oferta, que deberán ser garantizados por los Gobiernos Departamental y Municipal, en sus respectivos Fondos Territoriales de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

TITULO IV

ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DEL SISTEMA

CAPITULO I

De las Entidades Administradoras de Salud, EAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

p) Las demás que les sean asignadas.

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

a) Ser sin ánimo de lucro;

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

1. EAS Privadas.

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

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

4. EAS Solidarias.

5. EAS de naturaleza indígena.

c) Tener personería jurídica reconocida por el Estado;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 82. *De la atención en salud de los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional.* La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo será garantizada por la Red integrada de servicios contratada por la EAS del régimen contributivo a la cual está afiliado el trabajador, en los mismos términos en que actualmente lo adelantan las ARP. Estos servicios se financiarán con cargo a los recursos de cotización del Sistema General de Riesgos Profesionales captados por el Fosyga y destinados a la subcuenta de Riesgos Profesionales y Enfermedad Profesional del mismo, en los términos definidos en la presente ley.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II

De la prestación de los servicios de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

f) Recursos propios de las entidades territoriales;

g) Venta de servicios al Régimen Contributivo y otros;

h) Donaciones y otros conceptos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO III

De las Empresas Sociales del Estado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 114. *De la integración de la administración y la prestación de servicios del régimen solidario a través de las ESE.* A fin de garantizar los principios del SISESA la atención efectiva e Integral en salud, desde el Plan de Salud Pública Colectiva y de Atención Primaria Integral en Salud, hasta el más alto nivel de complejidad la participación organizada de la comunidad así como de los Departamentos, Municipios y Distritos en la administración y prestación de los servicios, el

mantenimiento de las Redes Integradas de Servicios Públicas y el flujo de los recursos se atenderán los siguientes lineamientos:

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

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

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

TITULO V
SISTEMA FINANCIERO DEL SECTOR SALUD

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

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

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

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

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

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

a) De compensación para el Régimen Contributivo;

b) De solidaridad para el Régimen Solidario;

c) De salud pública colectiva;

d) De eventos catastróficos y accidentes de tránsito;

e) De atención de enfermedades de alto costo;

f) De riesgos Profesionales y Salud Ocupacional.

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

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

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

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

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

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

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

g) Realizar la compensación establecida para el Régimen Contributivo;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Los rendimientos financieros de estos recursos.

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

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

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

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

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

c) Un aporte del Estado en una cantidad igual a la establecida en el literal a) del presente artículo. La fuente de dicho aporte, será los recursos recaudados por concepto del impuesto sobre las transacciones financieras del cuatro por mil, si quedan excedentes, después de liqui-

dado este aporte, el saldo también se invertirá para financiar la subcuenta de solidaridad;

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

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

f) Los recursos provenientes de las rentas cedidas;

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

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

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

j) Los rendimientos generados por los anteriores recursos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i) Los rendimientos financieros generados por los anteriores recursos.

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

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

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

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

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

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

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

d) Los rendimientos que produzcan los citados recursos.

Artículo 129. *Financiación de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito ECAT del Fosyga*. Esta subcuenta se financiará de la siguiente forma:

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

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

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

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

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

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

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

d) Los Rendimientos de estos recursos.

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

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

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

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

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

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

TITULO VI

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION NACIONAL DE SALUD, SIINS

CAPITULO VIII

Sistema Integrado de Información en Salud

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

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

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

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

c) Disponer en forma periódica y actualizada de información sobre la vinculación y afiliación de las personas en los diferentes regímenes que conforman el SISALUD, así como de las acciones, procedimientos e intervenciones en salud recibidos por los usuarios, la historia clínica del afiliado, la información y el perfil epidemiológico de las poblaciones, los estándares e indicadores de la calidad de la atención, la satisfacción de los usuarios, las condiciones financieras y de infraestructura de las entidades del sector, monitorear a las EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS en cuanto a sus sistemas de costos y facturación, gestión y resultados en salud, visualizar el estado y flujo de los recursos dentro de todos los estamentos del SISALUD.

Artículo 136. *De los agentes y actores del SIINS.* Serán agentes y actores del SIINS los siguientes, El Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el INS, el Invima, el DNP, la DIAN, el DANE, la Registraduría Nacional del Estado Civil, la Superintendencia Nacional de Salud, la CRSISALUD, las Entidades Territoriales, las Secretarías y las Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las EAS, las Redes Integradas de Servicios, las ESE, las IPS, los equipos de medicina familiar y las demás que posean datos e información necesarios y útiles para el SISALUD.

El SIINS tendrá por lo menos dos niveles:

1. Nivel operativo: Garantizará la producción y el uso de la información con calidad, pertenencia, oportunidad, fluidez y tranasparencia, por parte de todos los actores para el funcionamiento del SISALUD en todos sus procesos y territorios.

2. Nivel estratégico: Dedicado a la transformación y el análisis de la información sobre la situación de salud y calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de los entes rectores del sistema y de todos los agentes involucrados en él, para los fines pertinentes.

Artículo 137. *Del funcionamiento del SIINS.* El SIINS funcionará en un servidor central, mediante módulos por áreas definidas, las cuales se construirán como una base de datos única, desarrollada sobre una misma plataforma tecnológica, a la cual se ingresará tanto para el cargue como para acceder a la información contenida en él, mediante niveles de seguridad, según sean los requerimientos de los agentes, actores y de sí mismo.

Artículo 138. De los módulos de SIINS. El sistema contará como mínimo con los siguientes módulos:

a) De Información Epidemiológica en Salud Pública;

b) De Vinculación y Afiliación al SISALUD;

c) De las Entidades Administradoras de Salud;

d) De las Redes Integradas de Servicios;

e) Del Sistema Financiero en Salud.

Artículo 139. De las fuentes de datos para los módulos. Los agentes y actores serán responsables del cargue de datos al SIINS por módulo así:

a) De Información Epidemiológica en Salud Pública: El Ministerio de la Protección Social, el INS, las EAS, las Redes Integradas de Servicios, las ARP, las IPS, las ESE y las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud;

b) De Vinculación y Afiliación al SISALUD: La Registraduría Nacional del Estado Civil, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las EAS, los empleadores;

c) De las Entidades Administradoras de Salud: El Ministerio de la Protección Social, la CRSISALUD, la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT y las EAS;

d) De las Redes Integradas de Servicios. El Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las EAS, las ARP, las Administradoras del SOAT, los profesionales de la Salud, las oficinas de recepción y atención del Usuario en las entidades que hacen parte del SISALUD;

e) Del Sistema Financiero en Salud. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el DNP, la CRSISALUD, el Fosyga, la DIAN, las Entidades Territoriales, las EAS, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las Redes Integradas de Servicios, las IPS y las ESE.

Artículo 140. *Del administrador del sistema.* La administración del Sistema estará a cargo del Ministerio de la Protección Social, quien lo diseñará, implementará, articulará y será el responsable de la información contenida en él.

Artículo 141. *De la obligatoriedad del SIINS.* Todo agente y actor que maneje datos e información necesaria para el adecuado funcionamiento del SIINS, debe suministrarla y si es su función, incorporarla. La omisión de lo anterior será considerada falta grave y como tal será sancionada, en los términos que establezca el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 142. *De las garantías del Estado para el funcionamiento del SIINS.* El Estado dispondrá los recursos, tecnología y capacitación necesaria, para la adecuada implementación del Sistema, de los diferentes agentes y actores públicos involucrados en él. El sector privado será responsable de la consecución de recursos, tecnología y la capacitación que les corresponda para su integración al SIINS.

Artículo 143. *Fases de la implementación.* Será prioritario el desarrollo de los módulos de Información Epidemiológica en Salud Pública y de Vinculación y Afiliación al SISALUD, para dicho efecto el Gobierno Nacional tendrá un plazo de seis meses. Para la implementación de los demás módulos el plazo será de un año a partir de la vigencia de la presente ley.

TITULO VII
SISTEMA DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD

Artículo 144. *Sistema de Inspección Vigilancia y Control del Sistema Integral de Salud*. Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control como un conjunto de agentes, normas y procesos, articulados entre sí, para permitir el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud. El Organo rector de este sistema será la Superintendencia Nacional de Salud, la cual será un organismo adscrito a la Presidencia de la República, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Artículo 145. *Características generales.* Las funciones de Inspección, Vigilancia y Control del SISALUD serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, de manera desconcentrada y con el apoyo de la red de control social que defina la CRSISALUD para cada territorio de salud.

Artículo 146. *De los agentes y actores del sistema.* Serán agentes y actores del Sistema los siguientes, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de la Protección Social, el INS, el Invima, las CRSISALUD, las CRTSISALUD y CRISISALUD, las Entidades Territoriales, las Secretarías y las Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las EAS, las Redes Integradas de Servicios, las ESE, las IPS, los equipos de medicina familiar, los Comités de participación Comunitaria, las Asociaciones de Usuarios, las Organizaciones de los trabajadores del Sector Salud, las Asociaciones de egresados, las agremiaciones científicas, las colegiaturas y los tribunales de ética de las profesiones de la Salud, así como las auditorías, las interventorías, las oficinas de control interno, las revisorías fiscales o quienes ejerzan sus funciones en las entidades del sector salud.

Lo anterior sin detrimento de las funciones que desarrollen los organismos de Control del Estado.

Artículo 147. *Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud*. Adiciónese al artículo 7° del Decreto 2165/92, las siguientes funciones:

a) Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del Fosyga y de los fondos territoriales de seguridad social en salud;

b) Presentar al CRSISALUD para su aprobación los parámetros sobre el sistema obligatorio de calidad de los servicios de salud;

c) Proteger los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en particular, su derecho al acceso y la libre elección;

d) Vigilar y promover el mejoramiento integral de la calidad en el SISALUD;

e) Vigilar que de acuerdo a la Constitución y la ley, se generen y se destinen adecuada, oportuna y eficientemente los recursos del sector salud;

f) Promover la participación social y la rendición de cuentas a la comunidad por los encargados de la operativización del sistema;

g) Velar por que se cumplan las normas que regulan el sistema;

h) Velar por que se eleve la calidad del servicio de salud y porque las Redes integradas de servicio cumplan con las normas técnicas y/o las guías de atención de las distintas patologías;

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

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

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

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

m) Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas del Código de Procedimiento Civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos, durante el desarrollo de sus funciones. En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparecencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el Código de Procedimiento Civil;

n) Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, al igual que a los administradores, empleados o revisores fiscales de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de mil (1.000) smmlv a la fecha de la sanción cuando desobedezca las instrucciones u órdenes que imparta la Superintendencia Nacional de Salud;

o) Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento;

p) Velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita a través de elementos de juicio claros y objetivos escoger las mejores opciones;

q) Publicar u ordenar la publicación en el SIINS, de los estados financieros e indicadores de las entidades sometidas a su control, en los que se demuestre la situación de cada una de estas y la del sector en su conjunto;

r) Fijar las reglas generales que deban seguir las ESE en su contabilidad, sin perjuicio de la autonomía reconocida a estas para escoger y utilizar métodos accesorios, siempre que estos no se opongan directa o indirectamente a las instrucciones generales impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud;

s) Practicar visitas de inspección a las entidades vigiladas, con el fin de obtener conocimiento de su situación financiera o de aspectos especiales que se requieran;

t) Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia previsional y prestacional en las instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el Estado;

u) Inspeccionar y vigilar las EAS en los términos previstos en la presente ley y en las demás normas que regulan la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud;

v) Brindar asistencia técnica e instruir a los departamentos, distritos y municipios para el cabal cumplimiento de las normas del sistema.

Artículo 148. *Recursos para la operación de la Superintendencia Nacional de Salud*. La Superintendencia tendrá para su operación además de los recursos con los que actualmente cuenta, los provenientes de la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998 y anualmente el Gobierno Nacional le asignará en el presupuesto nacional, como mínimo, un monto igual al recaudado por la tasa en la vigencia del año inmediatamente anterior, además de los recursos provenientes del 0,5% de las UPC de los Regímenes Contributivo y Solidario.

Artículo 149. *Reglamentación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Integral de la Seguridad Social en Salud*. El Gobierno Nacional, en un período no superior a tres (3) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, reglamentará el sistema de inspección, vigilancia y control del SISALUD.

Artículo 150. *Direcciones Territoriales de Inspección, Vigilancia y control del Sistema Integral de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud descentralizará sus funciones de inspección, vigilancia y control; creando las direcciones respectivas en cada departamento o distrito.

Las direcciones territoriales de inspección, vigilancia y control actuarán como primera instancia en los procesos administrativos desarrollados a las entidades vigiladas, quienes podrán acudir en segunda instancia ante el nivel central de la Superintendencia Nacional de Salud.

De igual forma, la Superintendencia Nacional de Salud, apoyará sus actuaciones de inspección, vigilancia y control, en las Direcciones territoriales de Salud, las cuales aportarán la información necesaria y requerida, en forma oportuna a las Direcciones Territoriales de Inspección, Vigilancia y Control, contribuyendo a la eficacia de este sistema.

Artículo 151. *Interventoría y auditoría al SISALUD.* A fin de contar con personas naturales o jurídicas idóneas para ejercer la interventoría y auditoría al SISALUD, se crea un Procedimiento Único de Habilitación y registro de Entidades Interventoras y Auditoras, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, el cual será requisito obligatorio para el cumplimiento de estos procesos dentro del Sistema Integral de Salud.

Artículo 152. *Revisoría fiscal.* Las EAS cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal, designado por la asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto, sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.

Corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud dar posesión al Revisor fiscal de tales entidades. Cuando la designación recaiga en una asociación o firma de contadores, la diligencia de posesión se realizará al representante legal de la asociación o firma que sea designado por la misma para ejercer la revisoría fiscal. La posesión solo se efectuará una vez el Superintendente se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del mismo.

Las Redes Integradas de Servicios e IPS deberán contar con un revisor fiscal, designado por la asamblea general de accionistas o socios o por la Junta Directiva, en el caso de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo. Para la inscripción en el registro mercantil del nombramiento de los revisores fiscales, se exigirá por parte de las Cámaras de Comercio copia de la correspondiente acta de posesión del revisor fiscal.

Artículo 153. *Control interno.* Las entidades públicas del Sistema están obligadas a desarrollar el Sistema de Control Interno y alcanzar los objetivos del mismo establecidos en la Ley 87 de 1993, no obstante las entidades privadas deberán contar con sistemas de control y autocontrol de acuerdo a su naturaleza.

Artículo 154. *Vigilancia de las entidades cooperativas del sector salud.* La Superintendencia Nacional de Salud realizará la inspección, vigilancia y control respecto de las entidades de naturaleza cooperativa del sector salud en torno al cumplimiento de las normas del sector así como sobre las materias atinentes al funcionamiento de estas.

Artículo 155. *Control social.* Sin perjuicio de los demás mecanismos de control y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de la prestación de los servicios por parte de EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS, estas serán objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social para tal efecto.

Los Colegios y asociaciones de Profesionales de la Salud, así como los Sindicatos del Sector Salud y de la Seguridad Social podrán ejercer control social y técnico a las políticas, programas, recursos y entidades del Sistema.

Los hallazgos y resultados del ejercicio de este control social, será de obligatorio reporte a la Superintendencia Nacional de Salud, la Red de Controladores y el Defensor del Paciente, quienes de manera oficiosa deberán iniciar los procesos a que haya lugar.

Artículo 156. *Del Defensor del paciente.* Cada EAS con carácter obligatorio, contará con un defensor del paciente, cuya función será la de ser vocero de los usuarios, ante la respectiva institución, con el fin de conocer y resolver las quejas de estos, relativas a la prestación de los servicios clínicos y administrativos, brindados por la EAS y las Redes Integradas contratadas por estas. Las decisiones y recomendaciones de esta nueva instancia deberán tener valor vinculante, siempre y cuando estas no interfieran con la autonomía del acto del profesional de la salud; copia de ellas serán remitidas a la Superintendencia Nacional de Salud. El Defensor será elegido por los usuarios de las EAS, tanto del Régimen Contributivo como del Solidario respectivamente, de manera autónoma y democrática su costo será asumido por la Superintendencia nacional de Salud.

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

Parágrafo 1°. A la EAS, que vulnere la independencia del defensor del paciente, la Superintendencia Nacional de Salud le impondrá sanciones que serán hasta por el 2% del valor del contrato para las Entidades Administradoras del Régimen Solidario y del 2% de las UPC efectivamente compensadas en el último mes para las del Régimen Contributivo. Este recaudo se destinará a cancelar al usuario por el gasto incurrido y el excedente para las subcuentas de Solidaridad o Compensación del Fosyga, según sea el origen del caso que lo suscitó. Cada vez que la EAS reincida, se duplicará el valor de la multa. Si el número de reincidencias es de tres, será cancelada su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

Parágrafo 2°. Una vez al año, el defensor del usuario convocará lo más ampliamente posible un acto público de rendición de cuentas, para presentar a sus defendidos el balance de su gestión y resultados de su desempeño.

Artículo 158. *Participación y control social.* Las garantías en participación y control social son el conjunto de escenarios, mecanismos y acciones destinadas a fomentar y desarrollar el ejercicio de la participación de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales.

Parágrafo. La CRSISALUD reglamentará la forma de adaptación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración y fortalecimiento en los territorios y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la red de controladores que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

TITULO VIII

LA TRANSICION DEL SISTEMA

Artículo 159. *Régimen de transición.* El Sistema Integral de Salud, con todas las entidades y elementos que lo conforman, tendrá un plazo máximo de un año, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para adecuar su funcionamiento, salvo los plazos expresamente señalados en la presente Ley.

Artículo 160. Vigencia. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular lo establecido en los Libros II y III de la Ley 100 de 1993.

De los honorables Congresistas,

Luis Carlos Avellaneda Tarazona, Senador de la República; *Venus Albeiro Silva,* Representante a la Cámara; *María Isabel Urrutia,* Representante a la Cámara.

COMISIONES SEPTIMAS CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA Y DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES

Bogotá, D. C., a los tres (3) días del mes de noviembre año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, al **Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara,** *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones* y sus proyectos acumulados 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, Cámara, 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, Senado y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara, suscrito por el honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda Tarazona* (Polo Democrático) y los honorables Representantes *María Isabel Urrutia Ocoró* (Alianza Social Negritudes) y *Venus Albeiro Silva Gómez* (Polo Democrático).

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

* * *

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE EN SESIONES CONJUNTAS SEPTIMAS DE SENADO Y CAMARA AL PROYECTO DE LEY NUMERO 02 DE 2006 CAMARA, 40 DE 2006 SENADO

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

Ante las múltiples propuestas para reformar la Ley 100, la mayoría sin mayor trascendencia ni alcance, respecto al necesario fin último de lograr para los colombianos el pleno derecho a la salud y a la seguridad social, el partido liberal prefiere sentar en esta ponencia sus principios y orientaciones, para defender los derechos de los colombianos, hasta tanto se den las condiciones propicias para una reforma sustancial.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nuestra propuesta es clara: Crear el Ministerio de Salud pues la fusión de los Ministerios de Salud y Trabajo ha demostrado la incapacidad de un solo ministerio para responder por las necesidades de estos sectores tan sensibles para toda la población, y la necesidad de salvar la EPS del Seguro Social, como reguladora del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, por esto planteamos la necesidad de pasar los regímenes especiales a la EPS del ISS, y el traslado de los empleados

públicos a la ARP del Seguro Social. Poner fin a la entrega de los dineros públicos a las ARS. Los recursos deben colocarse en fondos departamentales que solo puedan ser tocados para pagar cuentas de servicios a instituciones de salud. Las Cajas de Compensación y otras ARS o EPS que quieran continuar administrando los servicios de salud, podrán ordenar servicios a sus afiliados y ordenar pagos contra los fondos hasta el valor de la UPC de sus afiliados. Cobrarán por la administración un porcentaje no mayor del 8% y competirán a nivel departamental por ser los mejores administradores de servicios de salud (el asegurador en última instancia será el Estado a través de los fondos).

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

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

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

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

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

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

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

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

Marco constitucional y normativo

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

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

Proposición

Solicitamos a las Comisiones Séptimas del honorable Senado y Cámara aprobar la Ponencia para Primer Debate al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones,* y sus Acumulados 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006 radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 de Senado y 087 de 2006 de Cámara, con las modificaciones propuestas.

De los honorables Congresistas,

Germán Aguirre Muñoz, honorable Senador; *Jorge Morales Gil,* honorable Representante por Antioquia.

COMISIONES SEPTIMAS CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA Y DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES.

En Sesiones Conjuntas y con mensaje de insistencia, Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de noviembre año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, al **Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara,** *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, **y sus Proyectos Acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara,** suscrita por el honorable Senador *Germán Antonio Aguirre Muñoz* del Partido Liberal y el honorable Representante a la Cámara *Jorge Morales Gil* del Partido Liberal.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN SESIONES CONJUNTAS SEPTIMAS DE SENADO Y CAMARA AL PROYECTO DE LEY NUMERO 02 DE 2006 CAMARA, 40 DE 2006 SENADO

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* Esta reforma pretende:

a) Que todos los colombianos tengan acceso a la prestación de los servicios de salud, con calidad y oportunidad;

b) Hacer énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad;

c) Generar los mecanismos para la afiliación al régimen contributivo;

d) Fortalecimiento de la red pública hospitalaria;

e) Fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia y control introduciendo la figura del defensor de la salud;

f) Garantizar la permanencia de la EPS del Seguro Social como gran reguladora de la Seguridad Social.

Artículo 2°. *Administración por resultados de los recursos de salud pública.* Quienes tengan a su cargo la administración de los recursos de salud pública del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán cumplir con unos indicadores de gestión, resultados e impacto. Los indicadores deberán ser utilizados en el diseño e implementación de Planes periódicos de mejoramiento continuo.

El resultado insatisfactorio de la evaluación de los indicadores de gestión y resultados, además de las sanciones administrativas, disciplinarias, fiscales y penales, acarreará la medida cautelar de suspensión de la administración de estos recursos los cuales serán administrados por la autoridad territorial que la Superintendencia de Salud delegue, hasta por un periodo de un año.

El Ministerio de la Protección Social como órgano rector, supervisará que cumplan los indicadores de gestión, oportunidad, transparencia, eficiencia administrativa financiera, e impacto en la salud pública que trata el presente artículo, así como el establecimiento de parámetros generales para el desarrollo de los planes de mejoramiento a cargo de las entidades que tengan a su cargo la administración de los recursos de salud pública del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el monitoreo de los mismos.

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

Parágrafo. Se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud.

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

1. El Ministro de la Protección Social o en su defecto el Viceministro de la Protección Social en Salud, quien la presidirá.

2. El Director del Departamento Nacional de Planeación.

3. Tres Comisionados de dedicación exclusiva.

Artículo 5º. *Comisionados.* Los tres Comisionados de la Comisión de Regulación en Salud serán designados por el Presidente de la República, de candidatos que presenten las Universidades que tengan Facultades de Salud Pública, Facultades de Economía y Facultades de Química Farmacéutica, en un número no mayor de uno por cada Universidad; y ejercerán por períodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

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

Parágrafo transitorio. En la primera integración de la Comisión, y seleccionados al azar, un Comisionado tendrá un período de un (1) año, otro de dos (2) años y el tercero de tres (3) años. Al vencimiento del período de cada uno de estos expertos, el Presidente designará el reemplazo respectivo, con base en los criterios estipulados en el artículo 5°, para períodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6º. *Estructura orgánica.* La Comisión de Regulación en Salud tendrá la siguiente estructura orgánica, que el Presidente de la República podrá modificar en cualquier tiempo según las necesidades del servicio:

1. Comité de Comisionados.

2. Coordinación General.

a) Coordinación Ejecutiva;

b) Coordinación Administrativa.

3. Areas Ejecutoras:

a) Oficina de Regulación y Políticas de Competencia;

b) Oficina Técnica;

c) Oficina Jurídica.

4. Sistema Nacional de Información en Salud.

La planta de personal y las categorías de empleos serán establecidas por el Gobierno Nacional, que además adelantará todas las actuaciones necesarias para la instalación y funcionamiento de la Comisión, como su sede y dotación.

El reglamento interno, los manuales de funciones y sistema de gestión de calidad serán adoptados por la propia Comisión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. Determinar con base en qué perfil epidemiológico de una determinada región, cómo se utilizarán los márgenes porcentuales de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en los eventos en que hubiere lugar a ello.

13. Definir el porcentaje máximo de administración de las EPS del Régimen Subsidiado.

14. Definir en qué eventos es necesario que la realización de obras, instalación y operación de equipos de las empresas del sector se someta a normas técnicas oficiales.

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

16. Definir los criterios de eficiencia, desarrollar indicadores y modelos para evaluar la calidad en la prestación de servicios, la gestión financiera, técnica y administrativa de las EPS, IPS y ESE, proferir las normas de calidad de las instituciones del sector y solicitar las evaluaciones que considere necesarias para el ejercicio de sus funciones.

17. Pedir información amplia, exacta, veraz y oportuna a quienes prestan los servicios del sector.

18. Promover la competencia entre quienes prestan el servicio de salud, para evitar prácticas monopolistas, competencia desleal, mercantilización de los servicios o abuso de posición dominante.

19. Establecer los mecanismos indispensables para evitar la concentración de la propiedad accionaria en empresas del sector salud o en empresas con actividades complementarias al sector.

20. Adelantar las actuaciones y procedimientos administrativos necesarios para el ejercicio de sus funciones y decidir los recursos que se interpongan contra sus actos, con fundamento en lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

21. Imponer multas a las empresas del sector por violación de la regulación, con respeto del derecho al debido proceso, en una cuantía que no podrá ser inferior a cien (100) ni superior a mil (1.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

22. Solicitar la investigación de las empresas del sector por parte de las autoridades competentes, cuando fuere del caso.

23. Resolver, a petición de cualquiera de las partes, los conflictos que surjan entre las empresas del sector, que no corresponda decidir a otras autoridades administrativas. La resolución que se adopte estará sujeta al control jurisdiccional de legalidad.

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

25. Preparar proyectos de ley para someter a la consideración del Gobierno, y recomendarle la adopción de los decretos reglamentarios que se requiriesen.

26. Vigilar que se desarrollen adecuadamente los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, conforme a la ley.

27. Tener organizado un Sistema Nacional de Información en Salud que permita tener los insumos necesarios para el buen funcionamiento de la Comisión y para tomar las decisiones.

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

28. Dictar los estatutos de la Comisión y su propio reglamento.

29. Las demás que le sean asignadas por ley.

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

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

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

Artículo 10. *Administración de la promoción y prevención en salud.* Los recursos de la UPC destinados a promoción y prevención los ejecutarán las EPS y ARS, en cumplimiento de parámetros previos fijados por el Ministerio de la Protección Social y conforme a los programas establecidos, por la unidad de planeación departamentales y municipales, de acuerdo al mapa epidemiológico, se hará énfasis en modelos de atención, como salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria, obligatoriamente se harán acciones de salud mental.

Las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del POS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado serán monitoreadas a partir de indicadores de gestión, resultado e impacto. En cualquier caso, las instituciones responsables de su puesta en funcionamiento deberán incluir el componente de salud mental en sus intervenciones.

Los servicios públicos de que trata este artículo no podrán contratarse por capitación.

Parágrafo. Los programas de promoción y prevención tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado se contratarán con las Empresas Sociales del Estado siempre y cuando estén habilitadas para la prestación de estos servicios, de no estar habilitadas se podrá contratar con otras entidades.

Artículo 11. *Competencias de los departamentos.* En cada departamento existirá un Fondo del Régimen Subsidiado, en el cual se depositará obligatoriamente el noventa y dos por ciento (92%) de la UPC de los afiliados de cada una de las ARS del departamento o Distrito y estas podrán girar con cargo a este fondo los pagos a las ESES o IPS por los servicios prestados a los afiliados al régimen subsidiado según lo facturado.

Este fondo será vigilado por las Secretarías Departamentales de Salud.

Parágrafo. *Administración*. A las Administradoras del Régimen Subsidiado se les reconocerá el 8% de la UPC por la administración de los recursos de la totalidad de sus afiliados con cargo a los Fondos Departamentales.

Artículo 12. El Estado garantizará los mecanismos y acciones necesarias para fortalecer la EPS pública del Seguro Social, como EPS pública que regula y garantiza el buen ejercicio de la Seguridad Social en Colombia.

Artículo 13. A más tardar dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de esta ley, los afiliados a regímenes especiales tendrán que trasladarse a la EPS del Seguro Social.

Dentro del mismo término del inciso anterior los empleados públicos se tendrán que trasladar a la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), del Instituto de Seguros Sociales (ISS).

Del traslado ordenado en este artículo solo se exceptuarán las Fuerzas Militares.

El POS para todos los afiliados del Seguro Social será igual al que prestan las otras EPS privadas.

Artículo 14. *Subsidios a la Cotización*. Se estimulará el ingreso al régimen contributivo de los trabajadores informales, para lo cual se subsidiará la cotización mínimo en un cincuenta por ciento (50%).

Artículo 15. *Sistemas de Información.* A los 6 meses de promulgada esta ley todos los prestadores y aseguradores, entes territoriales, ESES, IPS públicas y privadas, de servicios de Salud deben tener funcionando el Sistema Integral para la Protección Social (Sispro) y la Información del Sistema de Vigilancia Epidemiológico, Sivigila, la implementación y puesta en marcha de estos programas facilitará la definición de políticas, la administración y el control de vigilancia de Seguridad Social en Colombia.

El no cumplimiento de este artículo será objeto de sanciones por parte de la Superintendencia.

Artículo 16. *Traslado de EPS y ARS.* A partir de la vigencia de la presente ley, el núcleo familiar, que desee trasladarse de EPS o ARS, lo podrá realizar libremente cuando cumpla 6 meses o más de permanencia.

No habrá períodos de carencia mayores a 3 meses ni se perderá la antigüedad cuando se haya estado afiliado al sistema en cualquier período de tiempo.

Artículo 17. *Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante.* Las EPS no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 40% del valor del gasto en salud. Este gasto lo podrá distribuir dentro de los distintos niveles de complejidad contemplados en el POS.

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

Artículo 18. *Contratación con la Red Pública de Prestación de Servicios de Salud.* Mínimo el sesenta y cinco por ciento (65%) de la contratación efectiva que formalicen las ARS, se deberá realizar con la Red Pública de prestación de servicios del respectivo municipio, cuando allí existan los diferentes niveles de complejidad y en caso de no existir el nivel de complejidad requerido, lo harán con ESES de referencia de la red correspondiente.

El Gobierno garantizará en los departamentos de bajos ingresos la habilitación de la creación de niveles de complejidad 2 y 3 en las ESE, ya que los problemas de movilidad y traslados hacen imposible una atención oportuna de los usuarios de esos departamentos

La EPS-ISS contratará mínimo del sesenta por ciento (60%) obligatoriamente un porcentaje de los servicios que requiera con Empresas Sociales del Estado, escindidas del ISS.

Parágrafo único. Para efectos de evaluar la contratación mínima obligatoria de las empresas que administran el 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 cuando se contrate bajo la modalidad de evento y de lo formalmente contratado cuando se contrate bajo la modalidad de capitación, y deberá considerarse dentro de la Red Pública a las IPS indígenas y a la infraestructura pública entregada en comodato o administración a los trabajadores.

Artículo 19. *Universalización del aseguramiento.* El Gobierno Nacional implementará los mecanismos de cruce de información con las entidades nacionales, departamentales y municipales como catastro, tránsito, DIAN, etc., para evitar la afiliación al régimen subsidiado de personas con capacidad de pago en el régimen contributivo.

Se establecerá las sanciones a los que utilicen indebidamente el carné del régimen subsidiado y a quienes lo otorgan sin el cumplimiento de los requisitos.

El Gobierno Nacional creará los mecanismos, incentivos necesarios para la afiliación de los trabajadores independientes al régimen contributivo.

Artículo 20. *Financiación*. Para ampliar cobertura el Gobierno utilizará los siguientes recursos:

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

2. Las transferencias que realiza Etesa a los municipios, exceptuando los destinados para el Fondo Nacional de Pensiones de Entidades Territoriales, Fonpet.

3. Medio punto de lo que le corresponde a los Fondos Privados de Pensiones obligatorias por administración.

4. Recursos del Fondo de Regalías.

5. Parte de los recursos del Fosyga que actualmente se encuentran invertidos en TES.

6. Un impuesto del 2% que pagarán las electrificadoras privadas calculado sobre el total de los recaudos.

7. El 3% de sobretasa al Gas Natural Vehicular.

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

Artículo 21. *Defensor de la salud.* Créase el Defensor de la Salud en cada uno de los Departamentos y Distritos. El Defensor de la Salud actuará como representante de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y será un vocero ante las entidades aseguradoras y los entes territoriales. El Defensor de la Salud gestionará y resolverá quejas, reclamaciones y sugerencias relacionadas con los derechos y obligaciones de los usuarios en materia de autorización de prestación de servicios. Así mismo, actuará bajo la coordinación y articulación de la Defensoría del Pueblo de terna que presentarán conjuntamente las asociaciones de usuarios de cada departamento y Distrito.

Las recomendaciones del defensor de la salud tendrán valor vinculante y su acatamiento hará parte de las obligaciones a las que quedarán sometidas las entidades prestadoras y promotoras de salud; esta circunstancia se asegurará a través de la función sancionatoria de los organismos competentes en esta materia.

El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la sanción y publicación de la presente ley para determinar y reglamentar las características del Defensor de la Salud, su organización, su equipo de trabajo, su perfil, elegibilidad, requisitos e inhabilidades, atribuciones y competencias, estructura, recursos y operatividad, de acuerdo con la propuesta que de manera conjunta le presente la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo.

Parágrafo. Para efectos de asegurar la independencia financiera de la institución del Defensor del Usuario de la Salud, créase un fondo dentro de la Defensoría del Pueblo, como un sistema separado de registro para el manejo y control de los recursos dispuestos para sus sostenibilidad económica, y que se constituirán con el 0.23% de la unidad de pago por capitación, que transferirá el Fosyga con cargo a las entidades aseguradoras en proporción al número de sus afiliados verificados al corte del 31 de diciembre del año anterior.

Artículo. 22. *Enfermedades de Alto Costo.* Se hará énfasis en promoción y prevención de la salud, para evitar el impacto de las enfermedades de alto costo, tanto en el costo del tratamiento como en el costo de las incapacidades, de las pensiones a temprana edad y el impacto social en la pérdida de seres queridos, el Fosyga garantizará el pago de la atención generada en las enfermedades de alto costo con cargo a las EPS o ARS donde esté vinculado el usuario.

Artículo 23. *De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.* La prestación de servicios de salud por parte del las instituciones públicas sólo 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.

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, 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 tendrá un año a partir de la vigencia de la ley para reglamentar los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta el diseño de la red territorial, y entre otros los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, producción y autosostenibilidad financiera. En todo caso en cada municipio existirá al menos una unidad prestadora de servicios que es ESE o forma parte de una ESE.

En ningún caso se podrá contratar la prestación de servicios de salud de atención a las personas con las Direcciones Territoriales de Salud, con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones y Recursos de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Las Empresas Sociales del Estado se financiarán con los ingresos generados por la venta de servicios a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, a las entidades territoriales, a los regímenes excepcionados, a las compañías de seguros, a los particulares y a los demás pagadores del sistema.

Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia 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 Ministerio.

Parágrafo. Las Empresas Sociales del Estado ESE podrán asociarse para asegurar en el régimen subsidiado y para ello no se les hará exigencias adicionales a las demás ARS.

Artículo 24. *De los recursos de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.* Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, destinados a la financiación de la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se transferirán a las Entidades Territoriales, de acuerdo con los porcentajes de distribución que establezca el Conpes para los diferentes grados de complejidad y los niveles territoriales correspondientes.

Parágrafo 1°. Una vez distribuidos a cada entidad territorial, los recursos para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, del valor total que corresponde a cada una de ellas, se descontarán las cuotas patronales para el pago de los valores prestacionales de pensiones y cesantías así como los aportes por cotizaciones en salud y por concepto de riegos profesionales que les corresponda.

En todo caso se mantendrán unos recursos de oferta mínimos que no podrán ser inferiores a los recursos patronales requeridos.

Artículo 25. *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 dos años 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 26. *De las Cooperativas del Sector de la Salud.* Se vigilará que las Cooperativas Asociativas de Trabajo, del sector de la salud cumplan la normatividad vigente.

Artículo 27. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las que sean contrarias.

Germán Aguirre Muñoz, honorable Senador; *Jorge Morales Gil,* honorable Representante por Antioquia.

COMISIONES SEPTIMAS CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA Y DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES.

En Sesiones Conjuntas y con mensaje de insistencia, Bogotá, D. C., a los dos (2) días del mes de noviembre año dos mil seis (2006). En la presente fecha se autoriza la publicación en la ***Gaceta del Congreso*** de la República, el **Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara,** *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, **y sus Proyectos Acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara,** suscrita por el honorable Senador *Germán Antonio Aguirre Muñoz* del Partido Liberal y el honorable Representante a la Cámara *Jorge Morales Gil* del Partido Liberal.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

CONTENIDO

Gaceta 510 - Viernes 3 de noviembre de 2006
SENADO DE LA REPUBLICA

Págs.

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley número 158 de 2006 Senado, por la cual se adiciona un literal al artículo 91 de la Ley 136 de 1994 1

Proyecto de Proyecto de ley número 159 de 2006 Senado, por el cual se adiciona un inciso al artículo 454 del Código Penal y un 5° inciso al artículo 235 del Código de Procedimiento Penal 4

PONENCIAS

Ponencia en primer debate, pliego de modificaciones y texto a consideración de la Comisión Séptima al Proyecto de ley número 22 de 2006 Senado, por la cual se dictan disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de los parques de diversiones, atracciones o dispositivos de entretenimiento, atracciones mecánicas y ciudades de hierro en todo el territorio nacional y se dictan otras disposiciones 5

Ponencia para primer debate y articulado propuesto al Proyecto de ley 02 de 2006 Cámara, 040 de 2006 Senado, y sus proyectos acumulados 01 de 2006, 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, Senado y 01 de 2006, 18 de 2006, 84 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones 11

Ponencia para primer debate y texto propuesto en sesiones Conjuntas Séptimas de Senado y Cámara al Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 40 de 2006 Senado, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus Acumulados: 01 de 2006, 018 de 2006, 084 de 2006, 130 de 2006, 137 de 2006, 140 de 2006, 141 de 2006 radicados en la Cámara de Representantes y 20 de 2006, 26 de 2006, 38 de 2006, 67 de 2006, 116 de 2006, 122 de 2006, 128 de 2006, 143 de 2006, radicados en el Senado de la República y el 01 de 2006 de Senado y 087 de 2006 de Cámara 43

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2006