

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 563

Bogotá, D. C., jueves 23 de noviembre de 2006

EDICION DE 24 PAGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PUBLICO

SENADO DE LA REPUBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN EL SENADO DE LA REPUBLICA AL PROYECTO DE LEY NUMERO 040 DE 2006 SENADO, 02 DE 2006 CAMARA

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

Bogotá, D. C., noviembre 22 de 2006

Doctor

JESUS MARIA ESPAÑA VERGARA

Secretario

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Honorable Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de Ponencia para Segundo Debate en el Senado 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*, de origen gubernamental, 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.

Señor Secretario:

Para los fines de su competencia, conforme al artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos remitir a usted el informe de ponencia para segundo debate en Senado de la República, correspondiente al proyecto de ley arriba referenciado. Dicho informe lo entregamos en original y dos copias impresas y una copia en medio magnético.

Del señor Secretario de la Comisión Séptima Constitucional Permanente, del honorable Senado de la República,

Atentamente,

COMISION DE PONENTES

Dilian Francisca Toro Torres, Reginaldo Montes Alvarez, Senadores de la República, Coordinadores de Ponentes; Dieb Nicolás Maloof Cuse, Claudia Rodríguez de Castellanos, Luis Carlos Avellaneda, Iván Díaz Matéus, Germán Antonio Aguirre Muñoz, Jorge Eliécer Ballesteros, Miguel Pinedo Vidal, Senadores de la República, Ponentes.

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE EN EL SENADO DE LA REPUBLICA AL PROYECTO DE LEY NUMERO 040 DE 2006 SENADO, 02 DE 2006 CAMARA

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

Bogotá, D. C., noviembre 22 de 2006.

Doctor

MIGUEL PINEDO VIDAL

Presidente

Comisión Séptima Constitucional Permanente

Honorable Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de Ponencia para Segundo Debate en el Senado 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*, de origen gubernamental, 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.

Señor Presidente:

Respondiendo a la muy honrosa designación hecha por la Comisión Séptima Constitucional Permanente, para que actuáramos como ponentes, nos permitimos ante usted y ante la Plenaria del honorable Senado de la República, rendir informe de ponencia para segundo debate al proyecto de ley arriba referenciado, el cual con arreglo a lo preceptuado en el artículo 175 de la Ley 5ª de 1992, presentamos de la manera siguiente:

I. OBJETO DE LOS PROYECTOS Y ANTECEDENTES

Los proyectos enunciados tienen como objeto la realización de ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, inspección y racionalización, así como el mejoramiento en la prestación de servicios de salud, el fortalecimiento en los programas de salud pública, y las funciones de inspección, vigilancia y control, modificando especialmente la normatividad de la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001.

Durante los años 2004 y 2005 el Gobierno Nacional, el Congreso de la República, los partidos, los gremios, los medios de comunicación, las entidades territoriales y sus federaciones, así como los aseguradores, los prestadores de servicios de salud y en general, todo el sector de la salud, a lo largo y ancho del país han desarrollado una amplia discusión acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus logros y dificultades, y sus posibles reformas.

Como resultado de lo anterior, para el actual período han sido presentados 17 Proyectos de ley, a través del honorable Senado de la República y la honorable Cámara de Representantes, tendientes a hacer las reformas necesarias para mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, siendo estos los siguientes:

• **Proyecto de ley número 01 de 2006, Cámara. Autores:** *Dilian Francisca Toro* y los honorables Representantes *Sandra Rocío Ceballos Arévalo* y *Eduardo Benítez Maldonado*.

Título. “*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*”.

• **Proyecto de ley número 02 de 2006 Cámara, 040 de 2006 Senado. Autor:** Ministro de la Protección Social.

Título. “*Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”.

• **Proyecto de ley número 018 de 2006, Cámara. Autores:** Honorables Representantes *Gloria Stella Díaz*, *Alexandra Moreno*, *Manuel A. Virgüez*.

Título. “*Por la cual se modifica el Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993*”.

• **Proyecto de ley número 084 de 2006, Cámara. Autor:** Honorable Representante *Jorge Julián Silva Meche*.

Título. “*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*”.

• **Proyecto de ley número 130 de 2006, Cámara. Autor:** Honorable Representante *Germán Enrique Reyes Forero*.

Título. “*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)*”.

• **Proyecto de ley número 137 de 2006, Cámara. Autor:** Honorable Representante *Venus Albeiro Silva Gómez*.

Título. “*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*”.

• **Proyecto de ley número 140 de 2006, Cámara. Autores:** Honorables Representantes *Carlos Ramiro Chavarro Cuéllar*, *Carlos Germán Navas Talero*, *David Andrés 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 Díaz*, *Germán Enrique Reyes*, *José Joaquín Camelo Ramos*, *Crisanto Pizo Mazabuel*, *Jorge Julián Silva Meche*, *Samuel Benjamín Arrieta Buelvas*, *Gustavo Petro Urrego*.

Título. “*Por la cual se dictan normas sobre la prestación de servicios de salud*”.

• **Proyecto de ley número 141 de 2006, Cámara. Autores:** Honorables Representantes *Hernando Betancourt Hurtado*, *Pedro Nelson Pardo*, *Luis Fernando Almario*, *Orlando Montoya Toro*, *Oscar Arboleda Palacio* y *Constantino Rodríguez*.

Título. “*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*”.

• **Proyecto de ley número 087 de 2006, Cámara, 01 de 2006 Senado. Autor:** Ministro de la Protección Social.

Título. “*Por la cual se otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República y se dictan otras disposiciones*”.

• **Proyecto de ley número 20 de 2006, Senado. Autor:** Honorable Senador *Dieb Maloof Cuse*.

Título. “*Por la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*”.

• **Proyecto de ley número 26 de 2006, Senado. Autor:** Senadora *Nancy Patricia Gutiérrez Castañeda*.

Título. “*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*”.

• **Proyecto de ley número 38 de 2006, Senado. Autor:** Honorable Representante *Jaime Restrepo Cuartas*.

Título. “*Por la cual se crea la Comisión de Regulación de Salud*”.

• **Proyecto de ley número 67 de 2006, Senado. Autores:** Honorables Senadores *Zulema Jattin*, *Armando Benedetti*, *Julio Manzur*, y los honorables Representantes *Bernardo M. Elías*, *Eduardo Cris sien*, *Erick Morris*, *Carlos Zuluaga*, *Luis A. Serrano*, y otros.

Título. “*Por la cual se promueve la universalización de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud*”.

• **Proyecto de ley número 116 de 2006, Senado. Autor:** Honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*.

Título. “*Por la cual se introducen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*”.

• **Proyecto de ley número 122 de 2006, Senado. Autor:** Honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda Tarazona*.

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

• **Proyecto de ley número 128 de 2006, Senado. Autores:** Honorable Senador *Dieb Maloof Cuse*.

Título. “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”.

• **Proyecto de ley número 143 de 2006, Senado.** Presentado por el honorable Senador Miguel Pinedo Vidal.

Título. “Por la cual se reforman los Libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993 y se hacen algunas modificaciones en el Sistema General en Salud y se dictan otras disposiciones”.

II. TRAMITE EN COMISIONES SEPTIMAS CONJUNTAS DEL SENADO DE LA REPUBLICA Y LA CAMARA DE REPRESENTANTES.

Para la discusión y aprobación durante el primer debate en Comisiones Séptimas Conjuntas del Senado de la República y la Cámara de Representantes, se discutieron y presentaron 3 ponencias: La primera de ellas fue publicada en la *Gaceta del Congreso* número 485 del año 2006, la segunda y la tercera en la *Gaceta del Congreso* número 510 del año 2006.

Una vez analizadas las diferentes propuestas sobre las modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los días siete (7), ocho (8), catorce (14) y quince (15) de noviembre de dos mil seis (2006), los honorables Senadores y Representantes a la Cámara, acogieron la propuesta publicada en la *Gaceta del Congreso* número 485 de 2006 y se realizaron algunas modificaciones al texto allí propuesto con base en las diferentes consideraciones y apreciaciones, de los diferentes partidos políticos representados en dichas comisiones, teniendo en cuenta también los conceptos y opiniones de diferentes sectores del sector salud en Colombia.

Con respecto a la ponencia radicada y acogida por las Comisiones Séptimas Conjuntas para primer debate en el Senado de la República y la Cámara de Representantes, los temas nuevos relevantes allí incorporados son entre otros, los siguientes:

1. Con iniciativa del Gobierno y con el apoyo de la mayoría de parlamentarios miembros de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República, se crea la Comisión de Regulación en Salud como unidad administrativa especial, con personería jurídica, independencia administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

Esta Comisión estaría conformada por cinco miembros de dedicación exclusiva, cuatro de ellos designados por el Presidente de la República y uno más por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, tres de los cinco miembros de la Comisión de Regulación en Salud, deberán ser profesionales en el área de la salud o en ciencias económicas, mínimo con el título de maestría; cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en el ejercicio profesional no menor de 10 años, uno de ellos en temas de Economía, otro en Salud Pública y otro más en temas de Farmacología, Toxicología o Medicamentos.

Las competencias y funciones que le fueron asignadas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud son tomadas por la Comisión de Regulación en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, tendrá un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social.

2. Con el ánimo de lograr la movilidad entre régimen Subsidiado y Régimen contributivo la comisión reguladora reglamentará, dentro de los seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente ley, los mecanismos necesarios para alcanzar este objetivo.

3. En lo referente al subsidio a las cotizaciones, se establece que aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, hayan cotizado ininterrumpidamente durante dos (2) años al régimen contributivo, tendrán prioridad en cualquier programa de

subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. En lo referente a las obligaciones de las aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios se establece que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo se establece que las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno de su EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente. De igual forma queda estipulado que la comisión reguladora reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo con las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

5. En el tema referente a la agilidad en los recobros se establece que el Ministerio de la Protección Social diseñará mecanismos que permitan que, sin poner en riesgo la garantía para todas las partes que deben tener los trámites y los pagos se agilicen y faciliten los mecanismos de recobro entre los actores del sistema y el Fosyga, especial interés se le dará a enfermedades genéticas lisosomales.

6. En el tema referente a la afiliación de empleados de entidades oficiales a las ARP del ISS quedó establecido que a partir de la vigencia de la ley, todas las entidades oficiales del orden nacional, departamental, distrital y municipal deberán afiliar a sus empleados a la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales, para la protección de riesgos laborales que como empleador le corresponde cubrir en un ciento por ciento (100%) al Estado.

De igual forma se estableció que la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales podrá trasladar anualmente a la EPS del mismo instituto, un porcentaje del excedente de sus reservas técnicas acumuladas al final de cada vigencia fiscal, previos estudios actuariales avalados por la superintendencia financiera, que asegure dichas reservas y los gastos de funcionamiento de la ARP. El porcentaje será definido por el Consejo Directivo del ISS, y solo tendrá como finalidad financiar gastos inherentes a la salud, distintos al pago de gastos de personal, gastos generales administrativos y otros gastos no relacionados directamente con la prestación de servicios de salud.

7. Con respecto al pasivo prestacional de las Empresas Sociales del Estado, se establece que 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. De igual forma se concede plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para que el Ministerio de Hacienda y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo con la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental.

8. En cuanto al fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE se establece que el Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverá la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria. Estas asociaciones y/o cooperativas ofrecerán servicios y/o podrán proveer insumos, siempre y cuando beneficien a las entidades con economía de escala, calidad, oportunidad, eficiencia y transparencia. El Ministerio

de la Protección Social reglamentará mecanismos de adquisición de insumos y medicamentos en las cuales las asociaciones y/o cooperativas tendrán la posibilidad de competir.

9. Se estableció un artículo nuevo en el cual se estipula que en ningún caso se podrán prestar servicios de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.

10. En cuanto al control de medicamentos se estableció que los entes territoriales incluidos los distritos, exigirán a los productores y/o distribuidores mayoristas que los productos importados para consumo humano y todos los medicamentos que se vendan en su jurisdicción tengan tecnologías de señalización para el control, que permitan garantizar su excelente calidad para el consumo. La señalización se colocará previa realización a las pruebas analíticas a los productos o medicamentos que garanticen su calidad.

Las tecnologías y su apoyo en el control la realizarán las Universidades Públicas colombianas que posean certificación de calidad internacional mínimo ISO 9000:2001 en desarrollo de software y que además posean una calificación de riesgo en solidez y estabilidad financiera expedidas por certificadoras avaladas por la Superintendencia Financiera con calificación igual o superior a A. Esta determinación se confirmará mediante elementos tecnológicos y no la decisión del personal directo encargado del control de la calidad de los productos importados y de todos los medicamentos. Los Entes Territoriales ejecutarán mediante mecanismos contractuales lo dispuesto en la presente norma en un plazo no mayor de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley.

Los productores, distribuidores mayoristas y distribuidores minoristas o vendedores al público, que no permitan realizar operativos de control se les suspenderá la actividad comercial o permisos otorgados por la autoridad competente entre uno (1) y cinco (5) años, sin perjuicio de las sanciones penales y policivas que se impongan.

11. Se introducen las definiciones de inspección, vigilancia y control, se crea el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, se definen los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud que son 7: Financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud y salud pública, atención al usuario y participación social, eje de acciones y medidas especiales, eje de información y eje de focalización de los subsidios en salud.

12. Con referencia a Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, se establece que la Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo. De igual forma se estipula que en el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.

13. En las disposiciones generales se estableció que las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado.

Por otra parte y de acuerdo al artículo 175 de la Ley 5ª de 1992, a continuación se relacionan las proposiciones que fueron consideradas por las Comisiones Séptimas Conjuntas del Senado de la República y la Cámara de Representantes y que fueron rechazadas.

Según consta en las actas de discusión y aprobación en primer debate del proyecto de ley de la referencia, fueron rechazadas 6 proposiciones que se relacionan a continuación:

- Proposición número 7, cuyo autor fue el honorable Representante José Gerardo Piamba Castro, referente a un artículo nuevo que contemplaba que los empleadores que sin excusa no cumplieran las obligaciones establecidas en el artículo 161 de la Ley 100 de 1993 (3 meses de morosidad en el pago de aportes en salud), deberían hacerse responsables de los servicios médicos que requirieran sus trabajadores y que por su omisión no hubieran sido prestados por la Entidad Promotora de Salud. Lo anterior sin perjuicio de las demás sanciones legales a que hubiere lugar. Después de considerada esta proposición por parte de los ponentes y el Ministro de Protección Social, se llegó a la conclusión que era inconveniente ya que dicha sanción en la actualidad ya se encuentra establecida.

- Proposición aditiva número 9, cuyo autor fue el honorable Representante Pedro Jiménez Salazar referente a la afiliación automática del recién nacido al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que establecía que todo niño que nazca, a partir de la vigencia del proyecto de ley en comento, quedaría automáticamente afiliado como beneficiario al SGSSS, salvo que las normas vigentes permitan o exijan la afiliación a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo a la cual estén afiliados ambos o cualquiera de sus progenitores. Esta proposición fue rechazada ya que después de una amplia discusión se llegó a la conclusión que normas en similar sentido ya existen.

- Proposición aditiva número 11, cuyo autor fue el honorable Representante Mauricio Parodi Díaz, que contemplaba algunas limitaciones o restricciones en la contratación por capitación de la totalidad de los servicios asistenciales de baja complejidad contenidos en el POS Subsidiado. Esta proposición fue rechazada ya que después de las intervenciones de los ponentes, se concluyó que esta medida podría ser nociva para las finanzas de la red hospitalaria.

- Proposición aditiva número 12 cuyo autor fue el honorable Representante Mauricio Parodi Díaz que contemplaba un cambio en la redacción del párrafo del artículo 11 de la ponencia, se rechazó ya que se consideró que el porcentaje de contratación debería hacerse sobre la totalidad del gasto en salud y no sobre el valor de la UPC subsidiada, ya que lo anterior acarrearía unos menores ingresos para la red hospitalaria.

III. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El Capítulo I está conformado por el primer artículo, que trata sobre el objeto del proyecto de ley de la referencia.

El Capítulo II va del artículo 2º al 10. Trata sobre la dirección del sistema e incluye como temas la administración por resultados, de la Comisión de Regulación en Salud, creación y naturaleza, sobre la manera como debe estar compuesta, y los requisitos para ser comisionados. Así mismo se refiere a la conformación de la Secretaría Técnica de dicha Comisión Reguladora, a sus funciones a la forma como debe ser financiada y como debe manejar los recursos, y el traslado de las competencias que actualmente tiene el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a la Comisión Reguladora.

El Capítulo III va desde el artículo 11 al 15. Se refiere a la financiación del Sistema General de Seguridad Social, al monto y distribución de las cotizaciones, a los recursos del Régimen Subsidiado, al pago de deudas con el Régimen Subsidiado de Salud vigentes

a 31 de diciembre de 2004 de ese mismo régimen con recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías y a las medidas para garantizar el adecuado flujo y protección de los recursos

El Capítulo IV del Aseguramiento, va desde el artículo 16 hasta el 27. Trata la organización del aseguramiento, la Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo, la regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante. Asimismo se refiere a la liquidación de contratos en el régimen subsidiado, el Aseguramiento de los Independientes contratistas y no contratistas, el aseguramiento del Alto Costo, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, al subsidio a la cotización, a las obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios, la agilidad en los recobros, y la afiliación de empleados de entidades oficiales a la ARP del ISS

El Capítulo V va desde el artículo 28 hasta el 34. Trata de la regulación en la prestación de servicios de salud, la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas, la regulación de las Empresas Sociales del Estado, del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado, el fortalecimiento de Asociaciones y/o Cooperativas de las ESES, la prohibición a las entidades territoriales para prestar servicios de salud

El Capítulo VI trata sobre Salud Pública y va desde el artículo 35 hasta el artículo 38. En él se incluye la definición de salud pública, la definición y el contenido del Plan Nacional de Salud Pública, la supervisión en algunas áreas de Salud Pública, y el control a medicamentos.

Capítulo VII, Inspección, Vigilancia y Control, que va desde el capítulo 39 hasta el 46. Tiene como temas las definiciones, el sistema de inspección, vigilancia y control, los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, las facultades de conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud, la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud y el Defensor del Usuario en Salud.

El Capítulo VIII es el de disposiciones finales, que va desde el artículo 47 hasta el 50. Trata sobre Disposición transitoria - excedentes de la Subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito ECAT, de la información en el Sistema General de Seguridad Social, el régimen de contratación de EPS Públicas y la vigencia y derogatorias.

IV. TEXTO APROBADO EN LAS COMISIONES SEPTIMAS CONJUNTAS DEL SENADO DE LA REPUBLICA Y LA CAMARA DE REPRESENTANTES AL PROYECTO DE LEY NUMERO 040 DE 2006 SENADO, 02 DE 2006 CAMARA

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo

como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control.

CAPITULO II

De la Dirección

Artículo 2°. *Administración por Resultados.* El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá **dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley** los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. En este lapso el Ministerio de la Protección Social, o quien este delegue, administrará dichos recursos. Si hay reincidencia la Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones establecidas en la ley.

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 y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. *Composición.* La Comisión de Regulación en Salud estará integrada de la siguiente manera:

1. Una persona designada por el Presidente de la República, quien presidirá la comisión.
2. Una persona designada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
3. Tres expertos designados por las entidades señaladas en el artículo siguiente.

Artículo 5°. *Comisionados.* Todos los miembros de la Comisión de Regulación en Salud tendrán que ser de dedicación exclusiva y tres de ellos, serán designados por el Presidente de la República de ternas enviadas por Universidades, Centros de investigación, centros de estudios, fundaciones, federaciones o colegios médicos de reconocida idoneidad y experiencia.

Los anteriores comisionados 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.

El régimen de inhabilidades de los comisionados será el establecido por la Constitución y la ley.

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; cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en el ejercicio profesional no menor de 10 años, uno de ellos en temas de Economía, 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 anterior, para períodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6°. *Secretaría Técnica.* La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, dependencia que liderará y coordinará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. La Secretaría Técnica y los estudios, se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. El Secretario técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación.

Artículo 7°. *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. Reglamentar los consejos territoriales de seguridad social en salud.

13. ejercer las funciones de Concejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.

14. Adoptar su propio reglamento.

15. Proferir la regulación integral del sector, siempre y cuando la materia no sea reserva de la ley o del reglamento.

16. Resolver las consultas que sobre las materias propias de su competencia le someta el Gobierno Nacional.

17. 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.

18. Utilizar los sistemas de información disponibles, tales como los mapas epidemiológicos para diseñar las políticas en salud.

19. Recomendar proyectos de ley o decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.

20. Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1°. 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. 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.

Parágrafo 2°. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3°. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud que tengan implicaciones o efectos fiscales requerirán el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 8°. *Financiación.* La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del Fosyga.

Artículo 9°. *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. Las competencias y funciones que le fueron asignadas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en la Ley 100 de 1993 y demás disposiciones concordantes, serán asumidas por la Comisión de Regulación en Salud.

CAPITULO III

Del financiamiento

Artículo 11. *Financiación.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de la subcuenta de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas sub.-cuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Artículo 12. Modifícase el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 204. Monto y distribución de las cotizaciones. La cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del primero (1°) de enero del año **2007**, del **12,5%** del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del **8,5%** y a cargo del empleado del 4%. **Uno punto cinco** de la cotización serán trasladados a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. La cotización que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementará en **cero punto cinco**, que será destinado a la sub-cuenta de solidaridad para completar el **uno punto cinco** a los que hace referencia el presente artículo. El **cero punto cinco** adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual **solo** será incrementado por el Gobierno Nacional en **cero punto cinco**.

Artículo 13. Modifícase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214. Recursos del Régimen Subsidiado. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales.

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP, que se destinarán previo concepto del Conpes hasta en un 65% al régimen subsidiado en salud. El porcentaje restante, se destinará para financiar la atención de la población pobre y **no asegurado** en lo no cubierto por el subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública;

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial;

c) Por lo menos el **25%** de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y del Distrito Capital;

d) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga

a) **Uno punto cinco** de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción;

b) El Gobierno Nacional aportará un monto **por lo menos igual** a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización en la población de Sisbén I, II y III en los términos establecidos en la presente ley.

c. El monto de las cajas de compensación familiar **de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993**.

3. Otros

a) Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones;

b) Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.

Parágrafo. Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos buscando conseguir la equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumpla con los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

Artículo 14. *Pago de deudas al régimen subsidiado.* Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud vigentes a 31 de diciembre de 2004 que estén debidamente registradas y reconocidas. Si las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Red Pública, previa revisión de las cuentas **pendientes con el régimen subsidiado**.

Artículo 15. *Flujo y protección de los recursos.* Los actores responsables del manejo y administración (flujo y protección) de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación y se girará, previo cumplimiento de los requisitos exigidos, a las entidades territoriales, por trimestres anticipados. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la presente ley;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas, destinadas al recaudo y al gasto en salud pública, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social. El incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;

c) Una vez recibidos los recursos del Fosyga, el ente territorial tendrán que girar, dentro de los quince (15) días siguientes, estos recursos a las aseguradoras. Estos pagos, efectuados por los fondos territoriales de salud se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario, salvo las excepciones mencionadas en el literal anterior;

d) Las Entidades Promotoras de Salud **EPS o ARS** pagarán, los servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por **evento**, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial **en caso del régimen subsidiado**. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura;

e) Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,5% de los recursos propios de la salud, para financiar los servicios de inventoría del régimen subsidiado. Estos recursos solo podrán ser contratados con entidades previamente habilitadas, departamentalmente, de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de la Protección Social;

f) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos de salud constituyendo Patrimonios Autónomos, con cuentas separadas de los recursos del pago obligatorio de salud de propiedad de los afiliados y los recursos de administración o inversión de propiedad de las Entidades Promotoras de Salud. Para tal efecto, utilizaron cuentas maestras para el recaudo y gasto, en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social y sus rendimientos deberán ser reinvertidos en los Fondos del Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 1°. En todo caso, el Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del sistema utilizando, de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

Parágrafo 2°. Los giros correspondientes al Sistema General de Participación para salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar directamente a los actores del sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no giren oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO IV

Del aseguramiento

Artículo 16. *Organización del Aseguramiento.* Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud; la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, en los regímenes establecidos, quienes tendrán las siguientes características adicionales para su operación:

a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables del país clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o el instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén o deban estar en el régimen contributivo o regímenes especiales y de excepción. Quedan incluidas quienes a la vigencia de la presente ley cuenten con subsidio parcial y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud defina como prioritarias. En la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, debe tener en cuenta los mecanismos para promover la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén;

b) La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal y/o departamental, se hará una vez se haya logrado una cobertura del 95% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social;

c) Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios;

d) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del Sisbén pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los sub-

sidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC plena del régimen subsidiado en salud;

e) La actualización del Plan Obligatorio de Salud se realizará al menos una vez al año, y se procederá al acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el contributivo;

f) El valor total de la UPC será entregado a la EPS del régimen subsidiado por lo que al trasladarle la responsabilidad de las actividades de P y P a las EPS, lo natural es darle claridad en cuanto al traslado de los recursos. El valor total de la UPC, será entregada a la EPS del régimen subsidiado, por lo que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad prevista en el POS del régimen subsidiado, por tal razón se requieren los recursos para tal fin. La prestación de los servicios se hará a través de la red pública contratada por las respectivas EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio. Cuando las Empresas Sociales del Estado (ESE) no tengan capacidad para prestar estos servicios o cuando los resultados pactados entre EPS del régimen subsidiado y las Empresas Sociales del Estado (ESE), se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien él delegue;

g) No habrá copagos ni cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado en Salud;

h) No habrá periodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el régimen contributivo. A las personas se les contabilizará el tiempo de afiliación en el régimen subsidiado o en cualquier EPS del régimen contributivo para efectos de los cálculos de los periodos de carencia;

i) Las poblaciones de desplazados y desmovilizados cuyos recursos para la atención en salud del régimen subsidiado no son del Sistema General de Participaciones serán afiliadas a una Empresa Promotora de Salud Pública del Régimen Subsidiado del orden nacional de la primera afiliación, siendo optativa la libre elección en el siguiente periodo de traslado:

j) En aquellos casos de enfermedad de alto costo que se soliciten medicamentos y/o servicios no incluidos en los Planes de beneficios a las EPS de los dos regímenes, estas llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley;

k) El Ministerio de la Protección Social, deberá definir los parámetros y servicios para que los Planes Adicionales de Salud sean complementarios al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.

Artículo 17. *Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante.* Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS **hasta** el 50% del valor del gasto en salud. **Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud.**

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Artículo 18. *Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.* Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y las EPS públicas del régimen contributivo, contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, el **sesenta (60%)** el primer, **segundo y tercer** año siguiente a la vigencia de la presente ley, **y del cincuenta y cinco por ciento (55%) en los años posteriores.** El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de estos porcentajes en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo. Se garantizará los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Artículo 19. *Liquidación de contratos en el régimen subsidiado.* Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

Artículo 20. *El aseguramiento de los independientes contratistas y no contratistas.* Con el fin de facilitar la afiliación de los independientes **contratistas** al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades contratantes **descontarán el porcentaje obligatorio para salud sobre el 40% de lo devengado y procederá a su afiliación en salud.**

Parágrafo. Cuando el contratista pueda probar que esta cotizando sobre el tope máximo de cotización exigido de sus ingresos, la ley no le será aplicable por lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 21. *Aseguramiento del Alto Costo.* Para la atención de enfermedades de alto costo las **empresas** promotoras de salud contratarán el reaseguro o reasegurarán directa o colectivamente dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación **que sobre la materia expida la Comisión de Regulación en Salud.**

Los excedentes de atención de las enfermedades de alto costo es decir el valor que supere la cobertura de la póliza, serán cubiertos con un fondo constituido con el 2% de la Unidad de pago por capitación de ambos regímenes.

Este fondo será manejado según la reglamentación que para tal efecto expida la comisión reguladora en salud. El porcentaje del 2% a que hace referencia el presente artículo será revisado anualmente por la Comisión Reguladora de Salud. El Ministerio de la Protección Social expedirá en el año siguiente a la vigencia de la presente ley, los protocolos para la atención de las enfermedades de alto costo y los mecanismos de evaluación para la aplicación de los mismos por parte de las aseguradoras.

Artículo 22. *Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.* Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre **no asegurada**

en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán objetar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios. El incumplimiento de esta disposición, será sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de **2.000** salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Artículo 23. *Movilidad entre regímenes.* Con el ánimo de lograr la movilidad entre régimen Subsidiado y Régimen contributivo la comisión reguladora reglamentará, dentro de los seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente ley, los mecanismos necesarios para alcanzar este objetivo.

Artículo 24. *Del subsidio a la cotización.* Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, haya cotizado ininterrumpidamente durante dos (2) años al régimen contributivo, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. El subsidio a la cotización, una vez sea definido por la comisión reguladora, se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

Artículo 25. *Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios:*

a) Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno de su EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente;

b) La comisión reguladora reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

Artículo 26. *Agilidad en los recobros.* El Ministerio de la Protección Social diseñará mecanismos que permitan que, sin poner en riesgo la garantía para todas las parte que deben tener los trámites y los pagos se agilice y faciliten los mecanismos de recobro entre los actores del sistema y el Fosyga, especial interés se le dará a enfermedades genéticas lisosomales.

Artículo 27. *Afiliación de empleados de entidades oficiales a la ARP del ISS.* A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades oficiales del orden nacional, departamental, distrital y municipal deberán afiliar a sus empleados a la administradora de riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales, para la protección de riesgos laborales que como empleador le corresponde cubrir en un ciento por ciento (100%) al Estado.

La administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de los Seguros Sociales podrá trasladar anualmente a la EPS del mismo instituto, un porcentaje del excedente de sus reservas técnicas acumuladas al final de cada vigencia fiscal, previos estudios actuariales avalados por la Superintendencia financiera,

que asegure dichas reservas y los gastos de funcionamiento de la ARP. El porcentaje será definido por el consejo directivo del ISS, y solo tendrá como finalidad financiar gastos inherentes a la salud, distintos al pago de gastos de personal, gastos generales administrativos y otros gastos no relacionados directamente con la prestación de servicios de salud.

CAPITULO V

De la prestación de servicios de salud

Artículo 28. *De la regulación en la prestación de servicios de salud.* Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud el Ministerio de la Protección Social definirá:

a) Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales;

b) Un sistema tarifario que debe contener, entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año. En caso de no revisarse, el mismo será indexado con la inflación esperada;

c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas;

d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

Parágrafo. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. **El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo, salvo los requerimientos por integración vertical o contratación con la red pública, será investigada y sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 29. *De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.* La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE') que 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, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de **las Empresas Industriales y Comerciales del Estado y** de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

Parágrafo 1°. Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las Empresas ESE no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales

podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Parágrafo 2°. La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas.

Artículo 30. *Regulación de las Empresas Sociales del Estado.* El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:

a) Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia;

b) La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian;

c) Las condiciones y requisitos para que las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE) recursos, cuando por las condiciones del mercado las ESE, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles;

d) Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso estas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

Parágrafo 1°. Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

Parágrafo 3°. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación a los estatutos para su manejo en lo concerniente a conformación de juntas directivas, nombramiento de gerentes, régimen de personal, régimen disciplinario, régimen salarial, prestacional, presupuestal y de sistemas de información de las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 31. *Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.* Serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante proceso que deberá realizarse en los primeros seis (6) meses del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, de la cual el nominador según estatutos tendrá que escoger, previo proceso de selección por méritos.

Durante su período podrán ser removidos o retirados a solicitud de la Junta Directiva con mayoría calificada, de acuerdo con la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

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

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

Artículo 32. *Del pasivo prestacional de las Empresas Sociales del Estado.* En concordancia con el artículo 33 de la Ley 60 de 1993, el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

Parágrafo. Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima.

Artículo 33. *Del fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE.* El Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverá la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.

Estas asociaciones y/o cooperativas ofrecerán servicios y/o podrán proveer insumos, siempre y cuando beneficien a las entidades con economía de escala calidad, oportunidad, eficiencia y transparencia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará mecanismos de adquisición de insumos y medicamentos en las cuales las asociaciones y/o cooperativas a las que hace referencia este artículo, tendrán la posibilidad de competir.

Artículo 34. *Prohibición en la prestación de servicios de salud.* En ningún caso se podrán prestar servicios de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.

CAPITULO VI

Salud Pública

Artículo 35. *Definición.* La salud pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo de manera integrada, siendo uno de los componentes e indicador de las condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país. Se realiza bajo la rectoría del Estado y debe promover la participación responsable de todos los sectores y de la comunidad.

Artículo 36. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

a) Las prioridades epidemiológicas, intervenciones de los factores de riesgo y las principales enfermedades y condiciones de salud pública que deben ser atendidas. **“Para el efecto se tendrán**

en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Pública o privada” En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva;

b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable **y la integración de estos en los distintos niveles educativos;**

c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;

d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;

e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatro años;

f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;

g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;

i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;

j) El plan deberá incluir, obligatoriamente, acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. **Así mismo deberá incluir el plan, las acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como los indicadores de mortalidad materna.**

Parágrafo 1°. Los programas de control de interés en salud pública definidos con base en el perfil epidemiológico del país y sus territorios corresponden a los bienes servicios y acciones coordinadas intra e intersectorialmente en la forma de programas verticales para el control de las enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud.

Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de la Protección Social y los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de salud y estarán definidos máximo seis meses después de sancionada esta ley.

El Estado garantizará, que los programas de televisión para la franja infantil deberán obligatoriamente tener contenidos edificantes y promotores de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. **Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.**

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo.

Artículo 37. *Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.* Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales, las siguientes:

a) La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos;

b) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados;

c) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control sanitario de la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1ª, 2ª, 3ª y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución, transporte y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos;

d) La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.

Parágrafo 1°. El Invima, podrá delegar algunas de estas funciones en las entidades territoriales.

Parágrafo 2°. El Invima podrá contratar, cuando sea necesario, algunas funciones del presente artículo. Esta contratación deberá hacerse con entidades de reconocido prestigio, técnico y científico, dándole prioridad a entidades públicas del orden territorial y/o nacional.

Artículo 38. *Control a medicamentos.* Los Entes Territoriales incluidos los distritos, exigirán a los productores y/o distribuidores mayoristas que los productos importados para consumo humano y todos los medicamentos que se vendan en su jurisdicción tengan tecnologías de señalización para el control, que permitan garantizar su excelente calidad para el consumo. La señalización se colocará previa realización a las pruebas analíticas a los productos o medicamentos que garanticen su calidad.

Las tecnologías y su apoyo en el control la realizarán las Universidades Públicas colombianas que posean certificación de calidad internacional mínimo ISO 9000:2001 en desarrollo de software y que además posean una calificación de riesgo en solidez y estabilidad financiera expedidas por certificadoras avaladas por la Superintendencia Financiera con calificación igual o superior a **A**. Esta determinación se confirmará mediante elementos tecnológicos y no la decisión del personal directo encargado del control de la calidad de los productos importados y de todos los medicamentos. Los Entes Territoriales ejecutarán mediante mecanismos contractuales lo dispuesto en la presente norma en un plazo no mayor de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley.

Los productores, distribuidores mayoristas y distribuidores minoristas o vendedores al público, que no permitan realizar operativos de control se les suspenderá la actividad comercial o permisos otorgados por la autoridad competente entre uno (1) y cinco (5) años, sin perjuicio de las sanciones penales y policivas que se impongan.

CAPITULO VII

Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 39. *Definiciones.* Para efectos del presente título de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

a. **Inspección:** La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular, la práctica de investigaciones administrativas.

b. **Vigilancia:** La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

c. **Control:** El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Artículo 40. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.* Créase el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Artículo 41. *Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.* Para cumplir con las funciones de Inspección, Vigilancia y Control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. **Financiamiento.** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

2. **Aseguramiento.** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos de afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

3. **Prestación de servicios de atención en salud y salud pública.** Su objetivo es vigilar la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad.

4. **Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Sociales Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

5. **Eje de acciones y medidas especiales.** Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Na-

cional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

6. **Información.** Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. **Focalización de los subsidios en salud.** Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

Artículo 42. *Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.

Artículo 43. *Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, **además de los señalados en otras disposiciones**, los siguientes objetivos:

a) **Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud;**

b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;

c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al **servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;**

e) **Velar porque la prestación de los servicios de salud se realicen sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;**

f) **Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;**

g) Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema.

Artículo 44. *Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

a) Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantías, Fosyga, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100;

b) Podrá delegar en los Departamentos, Distritos y Municipios las funciones de inspección y vigilancia de su competencia. La función de control solo podrá ser delegada en los Departamentos y el Distrito Capital. La segunda instancia la ejercerá la Superintendencia Nacional de Salud;

c) Señalar los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que **deba** surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, contradicción y **doble instancia**. Para tal fin aplicará las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo;

d) Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud;

g) Sancionar, conforme a lo ordenado en el artículo 8° de esta ley, al Fondo de Solidaridad y Garantía y/o al Consorcio que lo administre, según corresponda, con multa de hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, que será pagadera a una Cuenta Nacional a favor de la Superintendencia Nacional de Salud;

h) Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social por parte de las Entidades Territoriales;

i) Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para cumplimiento de sus objetivos.

Parágrafo. **Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.**

Artículo 45. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;

c) Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Conflictos relacionados con libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud solo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998.

Artículo 46. *Defensor del usuario en salud.* Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo-cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

CAPITULO VIII

Disposiciones finales

Artículo 47. *Disposición transitoria - excedentes de la Subcuenta Ecat.* De los excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), acumulados a diciembre 31 de 2005, se utilizará, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000.00) para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas.

Los recursos se distribuirán entre las entidades territoriales y/o las IPS, de acuerdo con los criterios que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social y se ejecutarán a través de una cuenta especial en el respectivo Fondo de Salud.

Artículo 48. *De la información en el Sistema General de Seguridad Social.* En el transcurso de los siguientes seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social presentará el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, SISPRO, que permita la eficiente administración de la información del Sistema General de Seguridad Social.

Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones:

a) Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, SIVIGILA, y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social y de las Entidades Territoriales;

b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los presta-

dores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el artículo 2° de la presente ley.

Autorízase al Gobierno Nacional para destinar por una sola vez recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, para financiar la implementación del mismo, en las tareas que no sean obligación legal de las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Territoriales.

Parágrafo. En todo caso las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

Artículo 49. *Régimen de contratación de EPS Públicas.* Las Empresas promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado

Artículo 50. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

V. TEXTO DE ARTICULADO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NUMERO 040 DE 2006 SENADO, 02 DE 2006 CAMARA

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

El texto propuesto para segundo debate del proyecto de ley de la referencia es el mismo aprobado en sesiones conjuntas de las comisiones séptimas del Senado de la República y la Cámara de Representantes, como se describe a continuación:

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control.

CAPITULO II

De la Dirección

Artículo 2°. *Administración por Resultados.* El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá **dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley** los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud de todos los actores

que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. En este lapso el Ministerio de la Protección Social, o quien este delegue, administrará dichos recursos. Si hay reincidencia la Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones establecidas en la ley.

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 y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. *Composición.* La Comisión de Regulación en Salud estará integrada de la siguiente manera:

1. Una persona designada por el Presidente de la República, quien presidirá la comisión.

2. Una persona designada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

3. Tres expertos designados por las entidades señaladas en el artículo siguiente.

Artículo 5°. *Comisionados.* Todos los miembros de la Comisión de Regulación en Salud tendrán que ser de dedicación exclusiva y tres de ellos, serán designados por el Presidente de la República de ternas enviadas por Universidades, Centros de investigación, centros de estudios, fundaciones, federaciones o colegios médicos de reconocida idoneidad y experiencia.

Los anteriores comisionados 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.

El régimen de inhabilidades de los comisionados será el establecido por la Constitución y la ley.

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; cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en el ejercicio profesional no menor de 10 años, uno de ellos en temas de Economía, 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 anterior, para períodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6°. *Secretaría Técnica.* La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, dependencia que liderará y coordinará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. La secretaría técnica y los estudios, se financiarán con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. El Secretario Técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación.

Artículo 7°. *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. Reglamentar los consejos territoriales de seguridad social en salud.

13. Ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.

14. Adoptar su propio reglamento.

15. Proferir la regulación integral del sector, siempre y cuando la materia no sea reserva de la ley o del reglamento.

16. Resolver las consultas que sobre las materias propias de su competencia le someta el Gobierno Nacional.

17. 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.

18. Utilizar los sistemas de información disponibles, tales como los mapas epidemiológicos para diseñar las políticas en salud.

19. Recomendar proyectos de ley o decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.

20. Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1°. 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. 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.

Parágrafo 2°. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3°. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud que tengan implicaciones o efectos fiscales requerirán el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 8°. *Financiación.* La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del Fosyga.

Artículo 9°. *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. Las competencias y funciones que le fueron asignadas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en la Ley 100 de 1993 y demás disposiciones concordantes, serán asumidas por la Comisión de Regulación en Salud.

CAPITULO III

Del Financiamiento

Artículo 11. *Financiación.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de la subcuenta de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas sub.cuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Artículo 12. Modificase el inciso 1° del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 204. *Monto y distribución de las cotizaciones.* La cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del primero (1) de enero del año **2007**, del **12.5%** del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del **8.5%** y a cargo del empleado del 4%. **Uno punto cinco** de la cotización serán trasladados a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. La cotización que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementará en **cero punto cinco**, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el **uno punto cinco** a los que hace referencia el presente artículo. El **cero punto cinco** adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual **solo** será incrementado por el Gobierno Nacional en **cero punto cinco**.

Artículo 13. Modificase el artículo 214 de la Ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214. Recursos del Régimen Subsidiado. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1. De las entidades territoriales.

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP, que se destinarán previo concepto del Conpes hasta en un 65% al régimen subsidiado en salud. El porcentaje restante, se destinará para financiar la atención de la población pobre y **no asegurado** en lo no cubierto por el subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública;

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial;

c) Por lo menos el **25%** de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y del Distrito Capital;

d) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga

a) **Uno punto cinco** de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción;

b) El Gobierno Nacional aportará un monto **por lo menos igual** a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización en la población de Sisbén I, II y III en los términos establecido en la presente ley;

c) El monto de las cajas de compensación familiar **de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993**.

3. Otros

a) Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones;

b) Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.

Parágrafo. Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos buscando conseguir la equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumpla con los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

Artículo 14. *Pago de deudas al régimen subsidiado.* Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud vigentes a 31 de diciembre de 2004 que estén debidamente registradas y reconocidas. Si las Empresas Promotoras de Salud (EPS) con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas **pendientes con el régimen subsidiado**.

Artículo 15. *Flujo y protección de los recursos.* Los actores responsables del manejo y administración (flujo y protección) de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a) El gasto de los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación y se girará, previo cumplimiento de los requisitos exigidos, a las entidades territoriales, por trimestres anticipados. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la presente ley;

b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identi-

ficar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas, destinadas al recaudo y al gasto en salud pública, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social. El incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;

c) Una vez recibidos los recursos del Fosyga, el ente territorial tendrán que girar, dentro de los quince (15) días siguientes, estos recursos a las aseguradoras. Estos pagos, efectuados por los fondos territoriales de salud se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario, salvo las excepciones mencionadas en el literal anterior;

d) Las Entidades Promotoras de Salud **EPS o ARS** pagarán, los servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por **evento**, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial **en caso del régimen subsidiado**. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura;

e) Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,5% de los recursos propios de la salud, para financiar los servicios de intervectoría del Régimen Subsidiado. Estos recursos solo podrán ser contratados con entidades previamente habilitadas, departamentalmente, de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de la Protección Social;

f) Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos de salud constituyendo Patrimonios Autónomos, con cuentas separadas de los recursos del pago obligatorio de salud de propiedad de los afiliados y los recursos de administración o inversión de propiedad de las Entidades Promotoras de Salud. Para tal efecto, utilizarán cuentas maestras para el recaudo y gasto, en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social y sus rendimientos deberán ser reinvertidos en los Fondos del Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo 1°. En todo caso, el Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del sistema utilizando, de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

Parágrafo 2°. Los giros correspondientes al Sistema General de Participación para salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar directamente a los actores del sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no giren oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO IV

Del aseguramiento

Artículo 16. *Organización del Aseguramiento*. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud; la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, en los regímenes establecidos, quienes tendrán las siguientes características adicionales para su operación:

a) Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables del país clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o el instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén o deban estar en el régimen contributivo o regímenes especiales y de excepción. Quedan incluidas quienes a la vigencia de la presente ley cuenten con subsidio parcial y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud defina como prioritarias. En la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, debe tener en cuenta los mecanismos para promover la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén;

b) La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal y/o departamental, se hará una vez se haya logrado una cobertura del 95% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social;

c) Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios;

d) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del Sisbén pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC plena del régimen subsidiado en salud;

e) La actualización del Plan Obligatorio de Salud se realizará al menos una vez al año, y se procederá al acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el contributivo;

f) El valor total de la UPC será entregado a la EPS del régimen subsidiado por lo que al trasladarle la responsabilidad de las actividades de P y P a las EPS, lo natural es darle claridad en cuanto al traslado de los recursos. El valor total de la UPC. Será entregada a la EPS del régimen subsidiado, por lo que las

actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad prevista en el POS del régimen subsidiado, por tal razón se requieren los recursos para tal fin. La prestación de los servicios se hará a través de la red pública contratada por las respectivas EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio. Cuando las Empresas Sociales del Estado (ESE) no tengan capacidad para prestar estos servicios o cuando los resultados pactados entre EPS del régimen subsidiado y las Empresas Sociales del Estado (ESE), se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien él delegue;

g) No habrá copagos ni cuotas moderadoras en el Régimen Subsidiado en Salud;

h) No habrá periodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el régimen contributivo. A las personas se les contabilizará el tiempo de afiliación en el régimen subsidiado o en cualquier EPS del régimen contributivo para efectos de los cálculos de los periodos de carencia;

i) **Las poblaciones de desplazados y desmovilizados cuyos recursos para la atención en salud del régimen subsidiado no son del Sistema General de Participaciones serán afiliadas a una empresa promotora de salud pública del régimen subsidiado del orden nacional de la primera afiliación, siendo optativa la libre elección en el siguiente periodo de traslado:**

j) En aquellos casos de enfermedad de alto costo que se soliciten medicamentos y/o servicios no incluidos en los Planes de beneficios a las EPS de los dos regímenes, estas llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley;

k) **El Ministerio de la Protección Social, deberá definir los parámetros y servicios para que los Planes Adicionales de Salud sean complementarios al Plan Obligatorio de Salud del régimen Contributivo.**

Artículo 17. *Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante.* Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS hasta el 50% del valor del gasto en salud. **Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud.**

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Artículo 18. *Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo.* Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado y las EPS públicas del régimen contributivo, contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutoria. Dicho porcentaje será, como mínimo, el **sesenta (60%)** el primer, **segundo y tercer** año siguiente a la vigencia de la presente ley, **y del cincuenta y cinco por ciento (55%) en los años posteriores.** El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de estos

porcentajes en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo. Se garantizará los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Artículo 19. *Liquidación de contratos en el régimen subsidiado.* Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

Artículo 20. *El aseguramiento de los Independientes contratistas y no contratistas.* Con el fin de facilitar la afiliación de los independientes **contratistas** al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades contratantes **descontarán el porcentaje obligatorio para salud sobre el 40% de lo devengado y procederá a su afiliación en salud.**

Parágrafo. Cuando el contratista pueda probar que está cotizando sobre el tope máximo de cotización exigido de sus ingresos, la ley no le será aplicable por lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 21. *Aseguramiento del Alto Costo.* Para la atención de enfermedades de alto costo las **empresas** promotoras de salud contratarán el reaseguro o reasegurarán directa o colectivamente dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación **que sobre la materia expida la Comisión de Regulación en Salud.**

Los excedentes de atención de las enfermedades de alto costo es decir el valor que supere la cobertura de la póliza, serán cubiertos con un fondo constituido con el 2% de la Unidad de pago por capitación de ambos regímenes.

Este fondo será manejado según la reglamentación que para tal efecto expida la Comisión Reguladora en Salud, El porcentaje del 2% a que hace referencia el presente artículo será revisado anualmente por la Comisión Reguladora de Salud. El Ministerio de la Protección Social expedirá en el año siguiente a la vigencia de la presente ley, los protocolos para la atención de las enfermedades de alto costo y los mecanismos de evaluación para la aplicación de los mismos por parte de las aseguradoras.

Artículo 22. *Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.* Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre **no asegurada** en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán objetar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados,

cuando estén causados por este tipo de servicios. El incumplimiento de esta disposición, será sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de **2.000** salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Artículo 23. *Movilidad entre Regímenes.* Con el ánimo de lograr la movilidad entre régimen Subsidiado y Régimen contributivo la comisión reguladora reglamentará, dentro de los seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente ley, los mecanismos necesarios para alcanzar este objetivo.

Artículo 24. *Del subsidio a la cotización.* Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, haya cotizado ininterrumpidamente durante dos (2) años al régimen contributivo, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. El subsidio a la cotización, una vez sea definido por la comisión reguladora, se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

Artículo 25. *Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios:*

a) Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno de su EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente;

b) La comisión reguladora reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

Artículo 26. *Agilidad en los recobros.* El Ministerio de la Protección Social diseñará mecanismos que permitan que, sin poner en riesgo la garantía para todas las partes que deben tener los trámites y los pagos se agilicen y faciliten los mecanismos de recobro entre los actores del sistema y el Fosyga, especial interés se le dará a enfermedades genéticas lisosomales.

Artículo 27. *Afiliación de empleados de entidades oficiales a la ARP del ISS.* A partir de la vigencia de la presente ley, todas las entidades oficiales del orden nacional, departamental, distrital y municipal deberán afiliar a sus empleados a la administradora de riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales, para la protección de riesgos laborales que como empleador le corresponde cubrir en un ciento por ciento (100%) al Estado.

La Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de los Seguros Sociales podrá trasladar anualmente a la EPS del mismo instituto, un porcentaje del excedente de sus reservas técnicas acumuladas al final de cada vigencia fiscal, previos estudios actuariales avalados por la superintendencia financiera, que asegure dichas reservas y los gastos de funcionamiento de la ARP. EL porcentaje será definido por el consejo directivo del ISS, y solo tendrá como finalidad financiar gastos inherentes a la salud, distintos al pago de gastos de personal, gastos generales administrativos y otros gastos no relacionados directamente con la prestación de servicios de salud.

CAPITULO V

De la prestación de servicios de salud

Artículo 28. *De la regulación en la prestación de servicios de salud.* Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud el Ministerio de la Protección Social definirá:

a) Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales;

b) Un sistema tarifario que debe contener, entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año. En caso de no revisarse, el mismo será indexado con la inflación esperada;

c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas;

d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

Parágrafo. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. **El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de una año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo, salvo los requerimientos por integración vertical o contratación con la red pública, será investigada y sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 29. *De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.* La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que 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, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de **las empresas industriales y comerciales del Estado y** de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE.

Parágrafo 1. Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las Empresas ESE no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Parágrafo 2°. La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas.

Artículo 30. *Regulación de las Empresas Sociales del Estado.* El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:

a) Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia;

b) La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian;

c) Las condiciones y requisitos para que las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE) recursos, cuando por las condiciones del mercado las ESE, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles;

d) Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso estas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

Parágrafo 1°. Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

Parágrafo 3°. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación a los estatutos para su manejo en lo concerniente a conformación de juntas directivas, nombramiento de gerentes, régimen de personal, régimen disciplinario, régimen salarial, prestacional, presupuestal, y de sistemas de información de las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 31. **Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado** serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante proceso que deberá realizarse en los primeros seis (6) meses del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, de la cual el nominador según estatutos tendrá que escoger, previo proceso de selección por méritos.

Durante su período podrán ser removidos o retirados a solicitud de la Junta Directiva con mayoría calificada, de acuerdo con la reglamentación que sobre la materia expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

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

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

Artículo 32. *Del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado.* En concordancia con el artículo 33 de la Ley 60 de 1993, el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.

Parágrafo. Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial Departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima.

Artículo 33. *Del fortalecimiento de Asociaciones y/o Cooperativas de las ESE.* El Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverá la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las ESE, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria.

Estas asociaciones y/o cooperativas ofrecerán servicios y/o podrán proveer insumos, siempre y cuando beneficien a las entidades con economía de escala calidad, oportunidad, eficiencia y transparencia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará mecanismos de adquisición de insumos y medicamentos en las cuales las asociaciones y/o cooperativas a las que hace referencia este artículo, tendrán la posibilidad de competir.

Artículo 34. *Prohibición en la prestación de servicios de salud.* En ningún caso se podrán prestar servicios de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.

CAPITULO VI

Salud Pública

Artículo 35. *Definición.* La salud pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo de manera integrada, siendo uno de los componentes e indicador de las condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país. Se realiza bajo la rectoría del Estado y debe promover la participación responsable de todos los sectores y de la comunidad.

Artículo 36. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

a) Las prioridades epidemiológicas, intervenciones de los factores de riesgo y las principales enfermedades y condiciones de salud pública que deben ser atendidas. **“Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Pública o privada” En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva;**

b) Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable **y la integración de estos en los distintos niveles educativos;**

c) Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras;

d) El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS;

e) Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatro años;

f) Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana;

g) Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir;

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;

i) Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria;

j) El plan deberá incluir, obligatoriamente, acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. **Así mismo deberá incluir el plan, las acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como los indicadores de mortalidad materna.**

Parágrafo 1°. Los programas de control de interés en salud pública definidos con base en el perfil epidemiológico del país y sus territorios corresponden a los bienes, servicios y acciones coordinadas intra e intersectorialmente en la forma de programas verticales para el control de las enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud.

Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de la Protección social y los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de salud y estarán definidos máximo seis meses después de sancionada esta ley.

El Estado garantizará, que los programas de televisión para la franja infantil deberán obligatoriamente tener contenidos edificantes y promotores de hábitos y comportamientos saludables.

Parágrafo 2°. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las entidades territoriales presentarán anualmente un plan operativo de acción, cuyas metas serán evaluadas por parte del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal efecto. **Las personas que administran los recursos deberán contar con suficiente formación profesional e idónea para hacerlo.**

Parágrafo 3°. El Ministerio de la Protección Social definirá los protocolos de atención que respondan a las prioridades definidas en el literal a) del presente artículo.

Artículo 37. *Supervisión en algunas áreas de salud pública.* Corresponde al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, como autoridad sanitaria nacional, además de las dispuestas en otras disposiciones legales, las siguientes:

a) La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos;

b) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados;

c) La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control sanitario de la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1ª, 2ª, 3ª y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución, transporte y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos;

d) La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.

Parágrafo 1°. El Invima, podrá delegar algunas de estas funciones en las entidades territoriales.

Parágrafo 2°. El Invima podrá contratar, cuando sea necesario, algunas funciones del presente artículo. Esta contratación deberá hacerse con entidades de reconocido prestigio, técnico y científico, dándole prioridad a entidades públicas del orden territorial y/o nacional.

Artículo 38. *Control a Medicamentos.* Los Entes Territoriales incluidos los distritos, exigirán a los productores y/o distribuidores mayoristas que los productos importados para consumo humano y todos los medicamentos que se vendan en su jurisdicción tengan tecnologías de señalización para el control, que permitan garantizar su excelente calidad para el consumo. La señalización se colocará previa realización a las pruebas analíticas a los productos o medicamentos que garanticen su calidad.

Las tecnologías y su apoyo en el control la realizarán las Universidades Públicas colombianas que posean certificación de calidad internacional mínimo ISO 9000:2001 en desarrollo de software y que además posean una calificación de riesgo en solidez y estabilidad financiera expedidas por certificadoras avaladas por la Superintendencia Financiera con calificación igual o superior a A. Esta determinación se confirmará mediante elementos tecnológicos y no la decisión del personal directo encargado del control de la calidad de los productos importados y de todos los medicamentos. Los Entes Territoriales ejecutarán mediante mecanismos contractuales lo dispuesto en la presente norma en un plazo no mayor de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley.

Los productores, distribuidores mayoristas y distribuidores minoristas o vendedores al público, que no permitan realizar operativos de control se les suspenderá la actividad comercial o permisos otorgados por la autoridad competente entre uno (1) y cinco (5) años, sin perjuicio de las sanciones penales y policivas que se impongan.

CAPITULO VII

Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 39. *Definiciones.* Para efectos del presente título de la ley, se adoptan las siguientes definiciones:

A. *Inspección:* La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la

Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular, la práctica de investigaciones administrativas.

B. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud para el desarrollo de este.

C. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Artículo 40. *Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.* Créase el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Artículo 41. *Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.* Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. **Financiamiento.** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

2. **Aseguramiento.** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos de afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

3. **Prestación de servicios de atención en salud y salud pública.** Su objetivo es vigilar la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad.

4. **Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

5. **Eje de acciones y medidas especiales.** Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

6. **Información.** Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

7. **Focalización de los subsidios en salud.** Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

Artículo 42. *Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará las normas generales de la conciliación previstas en la Ley 640 de 2001.

Artículo 43. *Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, **además de los señalados en otras disposiciones**, los siguientes objetivos:

a) **Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud;**

b) Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud;

c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al **servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases** de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

e) **Velar porque la prestación de los servicios de salud se realicen sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;**

f) **Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación** de los recursos **con destino a la prestación de los servicios de salud;**

g) Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema.

Artículo 44. *Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del sistema de inspección, vigilancia y control, las siguientes:

a) Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantías, Fosyga, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100;

b) Podrá delegar en los Departamentos, Distritos y Municipios las funciones de inspección y vigilancia de su competencia. La fun-

ción de control solo podrá ser delegada en los Departamentos y el Distrito Capital. La segunda instancia la ejercerá la Superintendencia Nacional de Salud;

c) Señalar los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que **deba** surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, **contradicción y doble instancia**. Para tal fin aplicará las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo;

d) Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

f) Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud;

g) Sancionar, conforme a lo ordenado en el artículo 8° de esta ley, al Fondo de Solidaridad y Garantía y/o al Consorcio que lo administre, según corresponda, con multa de hasta dos mil (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, que será pagadera a una Cuenta Nacional a favor de la Superintendencia Nacional de Salud;

h) Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social por parte de las Entidades Territoriales;

i) Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para cumplimiento de sus objetivos.

Parágrafo. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Artículo 45. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario;

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios;

c) Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

d) Conflictos relacionados con libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud solo podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2°. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998.

Artículo 46. *Defensor del usuario en salud.* Créase la figura del defensor del usuario en salud que dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Créase el fondo-cuenta, dependiente de la Superintendencia Nacional de Salud, encargado de recaudar y administrar los recursos destinados a la financiación de los costos que demande la defensoría del usuario. Dicho fondo se alimentará con los recursos girados por las EPS para el sostenimiento del mismo. El Ministerio de la Protección Social reglamentará todo lo relacionado con el número de defensores, la elección de los mismos quienes deben ser elegidos por los usuarios y la forma como deben contribuir, cada EPS para la financiación de dicho Fondo.

CAPITULO VIII

Disposiciones finales

Artículo 47. *Disposición transitoria - excedentes de la Subcuenta Ecat.* De los excedentes de la subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), acumulados a diciembre 31 de 2005, se utilizará, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000.00) para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas.

Los recursos se distribuirán entre las entidades territoriales y/o las IPS, de acuerdo con los criterios que para tal efecto defina el Ministerio de la Protección Social y se ejecutarán a través de una cuenta especial en el respectivo Fondo de Salud.

Artículo 48. *De la información en el Sistema General de Seguridad Social.* En el transcurso de los siguientes seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social presentará el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, Sispro, que permita la eficiente administración de la información del Sistema General de Seguridad Social.

Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones:

a) Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Sivigila, y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social y de las Entidades Territoriales;

b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el artículo 2° de la presente ley.

Autorízase al Gobierno Nacional para destinar por una sola vez recursos de la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, para financiar la implementación del mismo, en las tareas que no

sean obligación legal de las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Territoriales.

Parágrafo. En todo caso las Entidades Promotoras de Salud, EPS, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Fosyga, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

Artículo 49. *Régimen de contratación de EPS Públicas.* Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo Públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 50. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

VI. Proposición

Con base en las anteriores consideraciones, solicitamos a los miembros del Senado de la República, **aprobar** el presente Informe de Ponencia y **dar segundo debate** al Proyecto de ley número 040 de 2006 Senado, 02 de 2006 Cámara, *por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, y sus Proyectos acumulados: 01 de 2006 Cámara, 018 de 2006 Cámara, 084 de 2006 Cámara, 130 de 2006 Cámara, 137 de 2006 Cámara, 140 de 2006 Cámara, 141 de 2006 Cámara, 20 de 2006 Senado, 26 de 2006 Senado, 38 de 2006 Senado, 67 de 2006 Senado, 116 de 2006 Senado, 122 de 2006 Senado, 128 de 2006 Senado, 143 de 2006 Senado y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara, con base en el texto del articulado propuesto para segundo debate que

se adjunta, el cual hace parte integral del informe de ponencia que se presenta a consideración.

De los honorables Senadores,
Atentamente,

COMISION DE PONENTES

Dilian Francisca Toro Torres, Reginaldo Montes Alvarez, Senadores de la República, Coordinadores de Ponentes; Dieb Nicolás Maloof Cuse, Claudia Rodríguez de Castellanos, Luis Carlos Avellaneda, Iván Díaz Matéus, Germán Antonio Aguirre Muñoz, Jorge Eliécer Ballesteros, Miguel Pinedo Vidal, Senadores de la República, Ponentes.

COMISIONES SEPTIMAS CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA Y DE LA HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES.

En Sesiones Conjuntas y con mensaje de urgencia e insistencia, Bogotá, D. C., a los veintidós (22) 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, texto aprobado en primer debate en Sesiones Conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, 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, contentivo en 50 artículos y treinta y siete (37) folios .

El Secretario,

Jesús María España Vergara.