

PROYECTO DE LEY N° 19 /

Por la cual se reforma el libro Segundo de la Ley 100 de 1993
y se constituye el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral.

EL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

DECRETA

TITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL

ARTICULO 1. OBJETIVO. La presente Ley sustituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud por el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, el cual se fundamenta en principios, funciones, responsables y roles específicos de cada uno, desarrollando los fundamentos que lo rigen, determinando su dirección, organización y funcionamiento, al igual que las normas administrativas y las obligaciones financieras y de control.

CAPITULO I

OBJETO, PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL- SSSSI

ARTICULO 2. OBJETO. El Sistema de Seguridad Social en Salud Integral –SSSSI, tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para contar con salud, a fin de alcanzar una calidad de vida acorde con la dignidad humana.

El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las normas, las instituciones, los bienes y recursos, destinados a garantizar la protección de las contingencias que afectan la salud y el acceso a las prestaciones y planes de beneficios, brindando así una atención integral en salud a todos los habitantes del territorio nacional

ARTICULO 3. DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Estado garantizará a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social en salud Integral. La salud es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado, siendo prestado por entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley.

ARTICULO 4. PRINCIPIOS. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, en desarrollo del Estado Social de Derecho, la seguridad social en salud se prestará con sujeción a los siguientes principios:

- a) **UNIVERSALIDAD:** Es la garantía del derecho a la protección para todas las personas en el territorio Nacional en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación sin ninguna discriminación.
- b) **EQUIDAD:** El sistema proveerá servicios de salud de igual calidad, a todos los pobladores independientemente de su capacidad de pago o de riesgo. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para garantizar su derecho fundamental a la salud en igualdad de condiciones para todos los habitantes en el territorio Nacional.
- c) **SOLIDARIDAD:** Es la practica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo la orientación que el mas fuerte subsidie al más débil, en desarrollo de auténticos mecanismos de equidad.
- d) **INTEGRALIDAD:** Es la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones en Salud.

- e) **UNIDAD:** Es la articulación de políticas, Instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los objetivos del sistema.
- f) **CALIDAD:** El sistema garantizará las mejores y óptimas condiciones en atención en salud a todos los habitantes del territorio Nacional, en atención oportuna, personalizada, humana, integral y continua.
- g) **PARTICIPACIÓN:** Es la garantía del ejercicio del derecho de los habitantes del territorio Nacional, que de manera autónoma y organizada actúen en la planeación, dirección, organización, control, gestión y fiscalización de las Instituciones y del sistema en su conjunto.
- h) **INTEGRACION:** Las Instituciones públicas se integrarán funcionalmente, para garantizar las redes de prestación de servicios y el acceso a la afiliación de la población en los aspectos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- i) **IRRENUNCIABILIDAD:** Es la garantía al derecho fundamental a la Salud, independientemente a que el ciudadano lo exija o no.
- j) **ACCESIBILIDAD:** Entendido como la garantía Estatal para que todos los habitantes del territorio Nacional puedan hacer uso de los servicios de salud en todas sus fases, indistintamente de su ubicación geográfica, condición socioeconómica o cualquier otro aspecto que pueda determinar barreras para la atención en salud.
- k) **GRATUIDAD:** Entendido como la inexistencia de restricciones económicas para el acceso, sin que ello signifique, que quien tenga capacidad de pago no aporte o no cotice.

ARTICULO 5. INTERVENCIÓN DEL ESTADO. El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud Integral, conforme a las reglas de competencias de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará fundamentalmente el cumplimiento de los principios del Sistema y garantizar la estructura y principales procesos de operación del mismo, al igual que asignar de forma prioritaria dentro del gasto social, los recursos necesarios para el desarrollo del servicio público de Seguridad Social en Salud Integral.

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

ARTICULO 6. INTEGRANTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL. El Sistema está integrado por:

- a) Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:
 - 1- El Ministerio de la Protección Social - MPS;
 - 2- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud - CNSSS;
 - 3- Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud;
 - 5- La Superintendencia Nacional en Salud;
 - 6- El Instituto Nacional de Salud - INS;
 - 7- El Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud.
- b) Los Organismos de Administración:
 - 1- Las Entidades Administradoras de Salud- EAS.
 - 2- Las Empresas Administradoras de Riesgos Profesionales ARP.
 - 3- Las Empresas Administradoras de Seguros de Tránsito –SOAT
- c) Las Redes Integradas de Servicios de Salud:
 - 1- Empresas Sociales del Estado de carácter Nacional y Regional.
 - 2- Empresas Sociales del Estado de carácter Territorial.
 - 3- Instituciones Prestadoras de servicios de Salud privadas.
- d) Los organismos de Financiación:
 - 1- El Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA.
 - 2- Los Fondos Territoriales de Salud
 - 3- Empresa Territorial para la Salud ETESA

4- Loterías Territoriales y Nacionales

- e) Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén adscritas al Ministerio de la Protección Social.
- f) Los empleadores, los trabajadores y los pensionados que cotizan al Régimen Contributivo, así como las organizaciones que los agrupan.
- g) Los trabajadores y profesionales de la salud, sus organizaciones, sindicatos y colegios profesionales.
- h) Los afiliados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, en todas sus modalidades.
- i) Las entidades formadoras de recurso humano en salud.
- j) Las organizaciones sociales que participan en el control y gestión de los servicios de salud.

PARÁGRAFO. La naturaleza, objetivos, funciones y operación del Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud, se desarrollará mediante ley específica sobre el tema.

CAPITULO II DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA

ARTICULO 7. TIPOS DE AFILIADOS. Todo habitante del territorio Nacional sin distinción alguna, tendrá derecho a la Seguridad Social en Salud Integral, ya sea mediante afiliación al Régimen Contributivo, regímenes de excepción o como afiliados al Régimen Solidario

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

ARTICULO 8. GARANTÍAS DE LOS AFILIADOS. Se garantizará a los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, la organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

- a) Cumplimiento de los principios que rigen el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral
- b) Atención de los servicios de los Planes de Beneficios en Salud Integral
- c) Libre escogencia y traslado entre EAS, al igual que entre IPS y profesionales de salud, dentro de la Redes Integradas de Servicios contratadas por cada EAS.
- d) La participación autónoma de los afiliados, en todas las instancias de asociación, representación y veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras.
- e) Las EAS e IPS tendrán un sistema de información de los servicios que brindan, al igual que de la atención a los usuarios; el Ministerio de la Protección Social, definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, que servirán como estándares de evaluación de la gestión.
- f) Las EAS e IPS deberán proveer de manera obligatoria, la información que exija tanto el Ministerio de la Protección Social como las Direcciones Territoriales de Salud, permitiendo de esta forma la evaluación periódica de la calidad del servicio, la situación de salud de la población y la satisfacción del usuario.

ARTICULO 9. DEBERES DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral los siguientes:

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

- b) Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- c) Afiliarse con su familia al Sistema de Seguridad Social en salud Integral en el régimen que le corresponda según su capacidad económica.
- d) Cancelar las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
- e) Suministrar información veraz, clara y oportuna, sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
- f) Velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores frente al Sistema.
- g) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
- h) Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
- i) Procurar una relación digna, profesional y humana con el personal que lo atiende y así como con los demás pacientes.

ARTICULO 10. ORGANIZACIÓN DE USUARIOS. Deberán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán reglamentadas por el CNSSS y facilitadas por el Gobierno Nacional con el fin de integrar a la comunidad y fortalecer con autonomía la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, etnias, sindicatos u otros tipos de asociación.

ARTICULO 11. BENEFICIOS PARA DESPLAZADOS Y DESMOVILIZADOS. Los Colombianos en condición de desplazados, desmovilizados, o que se encuentren acogidos a procesos de paz o lo hagan en el futuro, tendrán prioridad para afiliarse al Régimen Solidario en salud definido en la presente Ley, siempre y cuando no se encuentren afiliados al Régimen Contributivo.

CAPITULO III. DE LA DIRECCION DEL SISTEMA

ARTICULO 12. DIRECCIÓN DEL SISTEMA. El Sistema de Seguridad Social en Salud Integral está bajo la orientación, regulación y supervisión, del Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, atendiendo las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno en cuanto al fomento y promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de conformidad con el plan de desarrollo económico y social, así como con los planes territoriales formulados por las Direcciones Territoriales de Salud.

ARTICULO 13. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Son funciones del Ministerio de la Protección Social además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, las siguientes:

- a) Garantizar el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral con base en sus principios.
- b) Formular las políticas, estrategias, programas y proyectos para el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental del Gobierno y la legislación expedida en la materia.
- c) Proferir las resoluciones contentivas de las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo en salud, que son de obligatorio cumplimiento por todas las EAS, Redes Integradas de Servicios, IPS, direcciones seccionales, distritales y locales de salud, como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud Integral.

- d) Expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las EAS, IPS y direcciones territoriales de salud, así como formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de estas entidades.
- e) Elaborar los estudios y propuestas que requiera el CNSSS en el ejercicio de sus funciones.
- g) Ejercer a través del Instituto Nacional de Salud -INS y las Direcciones Territoriales de Salud la adecuada dirección, supervisión, vigilancia y control de la salud pública.
- h) Establecer y mantener el Sistema de Información en Salud al que deberán concurrir con carácter obligatorio todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral.
- i) Definir las políticas y programas de Salud Pública Colectiva.

ARTÍCULO 14. EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El CNSSS como organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social y de dirección del Sistema, tendrá la siguiente estructura y operación:

- a) **Composición.** Se compondrá en forma tripartita, por quince (15) miembros, así:
 - 1- **Cinco (5) representantes del Gobierno Nacional:** el Ministro de la Protección Social, quien le presidirá, el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado, un (1) representante de las Direcciones Departamentales de Salud, un (1) representante de las Direcciones municipales de Salud pertenecientes a diferentes regiones del país, un (1) el Presidente del ISS o su delegado.
 - 2- **Cinco (5) representantes del sector empresarial:** un (1) representante de la gran industria, un (1) representante de la pequeña y mediana industria, un (1) representante de los comerciantes u otras formas asociativas como las Cajas de Compensación Familiar, un (1) representante del sector prestador de los servicios de salud (IPS) y un (1) representante de las EAS del sector privado.
 - 3- **Cinco (5) representantes de los trabajadores y usuarios:** dos (2) representantes de los profesionales de la Salud, un (1) representante de Confederación de pensionados, un (1) representante de los usuarios y un (1) representante de las Centrales Obreras.
- b) **Invitados.** El CNSSS tendrá libertad de invitar a las Asociaciones académicas, gremiales, sindicales y de cualquier otra índole, tanto de origen Nacional como Internacional, de acuerdo con sus requerimientos para cada sesión.
- c) **Selección y Periodo de los Representantes.** Los representantes no gubernamentales tendrán un período de dos (2) años y serán elegidos directamente por las instituciones que representen mayor número de afiliados, según lo establecido en las normas vigentes. Los representantes gubernamentales lo serán en razón del ejercicio de sus cargos, mientras posean la investidura legal. Los representantes de los profesionales de la salud serán elegidos por las Asociaciones que tengan el mayor número de afiliados, los representantes de los trabajadores y usuarios serán elegidos de manera autónoma por estos, a través de la organización que demuestre tener la mayoría de afiliados a nivel Nacional.
- d) **Secretaría Técnica.** El CNSSS dispondrá de una secretaría técnica en cabeza del Viceministro de Salud y recibirá apoyo técnico de las Direcciones del Ministerio de la Protección Social, para obtener, preparar, clasificar, procesar y archivar la información y documentación requerida para las deliberaciones y funciones del CNSSS.
- e) **Presupuesto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.** Para garantizar la operación y realización de sus funciones, a partir de la vigencia de la presente Ley, el CNSSS realizará un ejercicio presupuestal anual de gastos ajustados a sus necesidades proyectadas al siguiente año fiscal, dentro de las

que se incluirá el valor de los honorarios de los representantes no gubernamentales, el valor de los pasajes, hoteles y viáticos de los consejeros que residan fuera de la ciudad donde se lleve a cabo la respectiva reunión, el valor de los estudios y soporte técnico que requieran los consejeros, publicaciones y demás soporte logístico, el cual deberá ser aprobado de manera unánime en sesión que realice para dicho fin el CNSSS, siendo financiado con cargo a las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), de acuerdo con el monto que defina el CNSSS.

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

ARTICULO 15. FUNCIONES DEL CNSSS. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Constituirse en la máxima instancia de concertación del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral para garantizar el cumplimiento de sus principios, objetivos, políticas y planes.
- b) Definir el Plan de Atención Integral en Salud para los afiliados a los Regímenes Contributivo y Solidario.
- c) Adoptar el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, acorde con lo establecido en la presente Ley
- d) Adoptar el valor de la Unidad de Pago por Capitación para el Régimen Contributivo y Solidario.
- e) Adoptar el listado de medicamentos esenciales que harán parte de Plan de Atención Integral en Salud.
- f) Aprobar los proyectos de ampliación de cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, así como su ampliación a nuevas contingencias.
- g) Definir el régimen que deberán aplicar las EAS para el reconocimiento y pago de las incapacidades, originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad, a los afiliados según las normas del Régimen Contributivo.
- h) Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las EAS y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
- i) Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.
- j) Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral.
- k) Asignar y delegar funciones a los Consejos Territoriales y Regionales de Seguridad Social en Salud.
- l) Establecer cada año los criterios de distribución de los excedentes de las Subcuentas del FOSYGA.
- m) Contratar estudios que sirvan de soporte técnico para las decisiones del CNSSS.
- n) Discutir, analizar, rechazar o aprobar los proyectos de Acuerdo presentados por el Gobierno Nacional o por iniciativa de los miembros del CNSSS.
- o) Presentar al Gobierno Nacional proyectos de desarrollo legal y reglamentario de la presente Ley.
- p) Aprobar el proyecto de presupuesto anual de funcionamiento del CNSSS.
- q) Aprobar el reglamento interno de honorarios y viáticos del CNSSS.
- r) Adoptar su propio reglamento.
- s) Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.

ARTICULO 16. CONSEJOS INDÍGENAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD CISSS. Los territorios indígenas deberán constituir un Consejo Indígena de Seguridad Social en Salud, con una composición que asegure la representación equitativa entre: autoridades de gobierno indígena y autoridades territoriales; profesionales, IPS y EAS; líderes indígenas y organizaciones en salud. Las funciones serán las siguientes: Adecuar el Plan de Atención en Salud Integral PAIS de acuerdo a las costumbres y terapias indígenas garantizando la resolución de la enfermedad, decidir si la comunidad indígena hace afiliación colectiva o individual a una EAS, aprobar el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva para su comunidad.

ARTICULO 17. CREACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD –INS. Transfórmase el Instituto Nacional de Salud en una Empresa Industrial y Comercial del Estado para la investigación, vigilancia y control de la salud y producción de medicamentos, sueros y biológicos, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

ARTICULO 18. DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL INS. La Junta Directiva del INS estará integrada por 7 miembros así: El Ministro de Protección Social o en su reemplazo el Viceministro de Salud quien lo presidirá, El Director de Salud Pública del Ministerio de Protección Social, un representante de las Direcciones Departamentales de Salud, un representante de las Direcciones municipales de Salud pertenecientes a diferentes regiones del país, Un representante de las Facultades, Departamentos o Institutos de Salud Pública de las Universidades, dos representantes de las Sociedades Científicas u organización profesional con mayor presencia de profesionales dedicados a la salud pública.

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

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

ARTICULO 19. FUNCIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - INS. Además de las funciones que a la fecha viene asumiendo el INS, tendrá las siguientes:

- a) Constituirse en la máxima instancia técnica de la salud pública del país y ser referente obligatorio para que el Ministerio de la Protección Social trace las políticas, programas y estrategias de salud pública, garantizando su operación y control de forma descentralizada.
- b) Asesorar a las entidades territoriales en relación con el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva y en materia de prevención, control de enfermedades y vigilancia en salud pública, ejecutadas por las entidades del Sistema y de los sectores relacionados con el mismo.
- c) Vigilar y controlar la ejecución tanto del Plan de Atención en Salud Pública Colectiva como del Plan de Atención Integral en Salud – PAIS, señalados por el Ministerio de la Protección Social, CNSSS y las Direcciones Territoriales de Salud, en cuanto a los resultados obtenidos sobre el perfil epidemiológico de las poblaciones.
- d) Ejecutar la investigación básica y aplicada en epidemiología, economía de la salud y seguridad social de acuerdo a los lineamientos sobre las prioridades identificadas por el Ministerio de la Protección Social.
- e) Coordinar y Vigilar la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.
- f) Asumir el manejo del laboratorio de Investigación y tecnología de alimentos, actualmente a cargo del ICBF y consecuentemente incorporarlo al patrimonio del INS.
- g) Establecer estrategias para prevenir, detectar e intervenir los riesgos que conducen a lesiones y enfermedades de origen común, ambientales y psicosociales que afectan a las personas o a las comunidades.
- h) Diseñar las políticas, los programas y proyectos, tendientes a la prevención, protección, detección e intervención de los riesgos que afectan al ambiente de origen físico, químico y de consumo
- i) Coordinar y orientar el Sistema de Vigilancia en salud pública y de control de enfermedades de obligatorio registro.
- j) Formular las políticas y normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

- k) Desarrollar, ejecutar y apoyar proyectos o labores de control e investigación de problemas de salud pública en el país, en coordinación con las instituciones involucradas.
- l) Producir medicamentos, reactivos y sueros de acuerdo a las necesidades del País
- m) Desarrollar y mantener estrategias que permitan el suministro y producción oportuna de los productos biológicos necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de importancia para la salud pública.
- n) Las demás que le sean asignadas por el Gobierno Nacional y que correspondan a la naturaleza del INS.

ARTICULO 20. DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS Y DISTRITOS EN LO REFERENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL. Además de las funciones y competencias asignadas en las Leyes 10 de 1990 y 715 de 2001 tendrán las siguientes funciones:

- a) Supervisar a los municipios de su jurisdicción en cuanto el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral con base en sus principios.
- b) Formular, adoptar y adaptar en su territorio las políticas, estrategias, programas y proyectos del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental del Gobierno Territorial y la legislación expedida en la materia.
- c) Preparar los estudios y propuestas que requiera el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- d) Adoptar, controlar y vigilar los lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social e INS en lo relativo al Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, prestando apoyo técnico a los municipios para la formulación y evaluación de Plan Local de Salud Pública Colectiva dentro del Plan Departamental.
- e) Organizar, administrar y desarrollar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y llevar el registro de habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud en su territorio
- f) Organizar y administrar el Registro Especial de Redes Integradas de Servicios evaluando su estado de integralidad y solvencia para la región en la que opera, de acuerdo con los lineamientos dados por el Ministerio de la Protección Social.
- g) Velar por el cumplimiento de las normas sobre pasivo prestacional de los trabajadores de la salud en su respectiva jurisdicción.
- h) Las demás que le sean asignadas.

ARTICULO 21. DE LAS FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS EN LO REFERENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL. Sin perjuicio de las funciones y competencias asignadas en las Leyes 10 de 1990 y 715 de 2001 tendrán las siguientes funciones:

- a) Garantizar en el municipio el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral con base en sus principios.
- b) Adoptar y adaptar las políticas, estrategias, programas y proyectos del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental del Gobierno Local y la legislación expedida en la materia.
- c) Adoptar y adaptar el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, articulándolo al Plan Departamental y atendiendo las directrices del Gobierno Nacional en la materia

- d) Llevar en forma actualizada el Registro del Sistema Integrado de Información Nacional de Salud -SIINS, en cuanto a la base de datos de población beneficiaria de subsidios.
- e) Convocar a la población objeto del subsidio para elegir libremente su EAS dentro de las autorizadas para operar en el municipio y difundir públicamente los resultados de este proceso.
- f) Vigilar y controlar la ejecución de los contratos de administración del Régimen Solidario.
- g) Vigilar y controlar la ejecución de las acciones de promoción y prevención dirigidas al individuo y contenidas en el Plan de Atención Integral en Salud - PAIS, y el alcance de metas e indicadores en salud de la población afiliada a las EAS en su territorio.
- h) Preparar los estudios y propuestas que requiera el Departamento para ser presentadas al Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud.
- i) Ejercer la interventoría a los contratos de administración del Régimen Solidario, suscritos en conjunto entre las EAS y el FOSYGA para los afiliados del municipio, en forma directa o a través de las Asociaciones de Municipios. El financiamiento de este proceso se dará con cargo a los recursos propios del municipio, cuyo monto definirá el CNSSS, los cuales serán transferidos a las Asociaciones de Municipios en el caso que la interventoría sea realizada por estas.
- j) Apoyar las actuaciones de inspección, vigilancia y control, propias de la Dirección Territorial de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, aportando la información necesaria y requerida, en forma oportuna, contribuyendo así a la eficacia y eficiencia del Sistema.
- k) Velar por cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y atender las quejas de los usuarios en cuanto a la calidad del servicio.
- l) Velar por el cumplimiento de las normas sobre pasivo prestacional de los trabajadores de la salud en su respectiva jurisdicción.
- m) Las demás que le sean asignadas.

ARTICULO 22. DE LA SELECCIÓN DEL DIRECTOR DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL DE SALUD. La Autoridad Territorial Departamental, Distrital o Municipal sin detrimento de su facultad nominadora seleccionará y elegirá al Director Departamental, Distrital o Municipal de Salud, mediante concurso público de meritos, según lo definido en la ley de carrera administrativa para los cargos .

TITULO II. INTEGRALIDAD EN SALUD

ARTICULO 23. INTEGRALIDAD DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. A fin de garantizar los principios de integralidad y calidad en la atención en Salud, el Sistema garantiza servicios y acciones colectivas contenidas en un Plan de Atención en Salud Pública Colectiva PASP - Colectivo y servicios asistenciales al individuo definidos en un plan de beneficios denominado Plan de Atención Integral en Salud – PAIS, con unos responsables específicos, entre los cuales deberá adelantarse procesos técnicos y administrativos para garantizar la salud integral para todos los habitantes del Territorio Colombiano.

CAPITULO I

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD - PAIS

ARTICULO 24. LINEAMIENTOS GENERALES DEL PAIS Y MODELO DE ATENCIÓN. El Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, crea las condiciones de acceso a un Plan de Atención Integral de Salud –

PAIS, para todos los habitantes del territorio nacional, tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Solidario, el cual operará con base en los siguientes lineamientos generales:

- a) El Plan permitirá la protección integral de las familias frente a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, según intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.
- b) El contenido del Plan Integral de Atención en Salud-PAIS, será definido por el CNSSS de acuerdo con referentes técnicos como, cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada y disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema.
- c) El valor del Plan tendrá un equivalente a una Unidad de Pago por Capitación - UPC. El CNSSS tendrá la facultad para actualizar los contenidos del Plan de Salud de acuerdo a las variaciones de los referentes técnicos, así como ajustar el valor de la UPC y su incremento anual.
- d) El valor de la UPC para el Régimen Contributivo estará ligado a grupos etáreos y afiliación individual, mientras el valor de la UPC para el Régimen Solidario será un valor promedio, determinado por estudios técnicos adelantados con dicho fin por parte del CNSSS.
- e) El plan tendrá expresamente definidos una serie de acciones y servicios en salud por niveles de complejidad, previendo alcanzar óptimos niveles resolutivos en salud en los primeros niveles de atención, con modelos de salud familiar y desarrollando la estrategia de atención primaria en salud en articulación con la ejecución del PAS colectivo.
- f) El PAIS incluirá los medicamentos e insumos médico - quirúrgicos necesarios para la atención hospitalaria que serán suministrados por las Redes Integradas de Servicios, IPS o en su defecto por la EAS. El Ministerio de la Protección Social, previo concepto del CNSSS, definirá y revisará periódicamente el listado de los medicamentos e insumos médico - quirúrgicos.
- g) Cada familia afiliada a una EAS deberá contar con una ficha o historia familiar sistematizada de salud que deberá ser trasladada cada vez que haya cambio de EAS.
- h) Las EAS deberán establecer incentivos financieros al buen desempeño de las Redes Integradas de Servicios e IPS de primer nivel con base en indicadores de salud de su población asignada.
- i) Para la prestación de los servicios del PAIS, todas las EAS deberán contar con Redes Integradas de Servicios, definiendo un sistema de referencia y contrarreferencia, para así controlar que el acceso a los servicios de mayor complejidad se realice partiendo de un primer nivel de atención, excepto en los casos de urgencias.
- j) Las EAS dispondrán de una red de primer nivel de atención, cercano a la residencia del núcleo familiar, de tal manera que posibilite al usuario un acceso oportuno y efectivo.
- k) La Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Distritales y municipales de Salud, verificarán la efectiva prestación del PAIS por cada EAS en el territorio nacional, atendiendo lo dispuesto por el CNSSS y el Gobierno Nacional.
- l) El INS en coordinación con las Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, evaluará los perfiles epidemiológicos regionales de la población afiliada a cada EAS. Esta evaluación será componente fundamental del proceso de interventoría y evaluación de la gestión.
- m) El CNSSS establecerá una serie de incentivos y castigos financieros, ligados al desempeño de las EAS, en función del estado del mejoramiento o mantenimiento del estado de salud de su población afiliada en una región y del control del gasto efectivo en servicios de salud.

- n) El PAIS contemplará la atención de enfermedades calificadas por el CNSSS como de alto costo y las EAS contribuirán a cubrir los riesgos derivados de la atención de estas, mediante un aporte porcentual del valor de la UPC que será manejado por el FOSYGA en la subcuenta de enfermedades de alto costo.

PARÁGRAFO. El valor de la UPC tanto del Régimen Contributivo como del Solidario, serán revisados por el CNSSS por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. El valor de la UPC no se podrá actualizar sin la realización de los estudios técnicos necesarios. En caso excepcional de fuerza mayor debidamente motivado, en el que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, se ajustará en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del IPC del sector salud determinado por el DANE para el año inmediatamente anterior.

ARTICULO 25. COMPONENTE MATERNO INFANTIL. El PAIS tendrá un componente materno infantil así:

- a) Para las mujeres en estado de embarazo, cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.
- b) Para los menores de un año cubrirá la información y fomento de la salud, la vigilancia del crecimiento y desarrollo; la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos medicamentos esenciales y suplementos nutricionales; y la rehabilitación integral cuando hubiere lugar.
- c) La EAS para garantizar el componente Materno Infantil en lo relativo a acciones colectivas, deberá concurrir y coordinar acciones entre actores responsables del PAIS y del PASP - Colectivo. No obstante la responsabilidad de la atención integral a la madre y el niño recae en la EAS.
- d) El Ministerio de la Protección Social reglamentará la operación del componente materno infantil, estableciendo de manera periódica las metas de salud materno infantil para cada Territorio y EAS.

PARÁGRAFO 1. Todo niño que nazca quedará automáticamente afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral. La afiliación automática incluye a los hijos de madres menores de edad, dependientes del núcleo familiar del afiliado. El Sistema de Seguridad Social en Salud Integral reconocerá a la EAS la UPC correspondiente, a partir de la fecha de nacimiento y una vez se reporte la novedad; para este caso si la madre es beneficiaria, hija de un cotizante al Régimen Contributivo, la atención del parto y el primer mes de vida del niño, estará a cargo de este régimen, pasando a partir del segundo mes de vida, tanto la madre como el niño a ser beneficiarios del Régimen Solidario. Lo anterior siempre y cuando el cotizante al Régimen Contributivo no asuma el pago de la UPC adicional correspondiente al recién nacido.

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

ARTICULO 26. COMPONENTE EN SALUD ORAL. El PAIS contendrá una serie de servicios y acciones orientados a promover la salud oral, prevenir, tratar y rehabilitar las enfermedades de la cavidad oral. Este componente deberá ser prestado por las EAS a través de redes de salud oral, conformadas para dicho fin, a las cuales se les asignará la población afiliada por un periodo de tiempo, que garantice resolver la problemática del paciente en forma integral y continua.

Las Asociaciones, Sociedades científicas y el Colegio Profesional de Odontólogos, serán referente obligatorio del CNSSS en la definición de este componente; y al Ministerio de la Protección Social en la formulación de los protocolos de atención, además de ejercer su vigilancia y control.

ARTICULO 27. COMPONENTE DE MEDICAMENTOS. El PAIS incluirá un listado de medicamentos esenciales en su denominación común internacional, sin que ello limite el criterio profesional en la formulación. El CNSSS definirá y revisará periódicamente el contenido del manual de medicamentos.

PARÁGRAFO 1: De comprobarse por la Superintendencia Nacional de Salud que estos medicamentos no son entregados por la EAS en forma accesible, completa y oportuna al usuario sin sobrepasar las 24 Horas siguientes a su formulación, aplicará sanciones que serán hasta por el 2% del valor del contrato para las administradoras del Régimen Solidario y del 2% de las UPC efectivamente compensadas en el último mes para el Régimen Contributivo. El monto proveniente de estas sanciones se girarán a las subcuentas de solidaridad o compensación según sea su origen.

PARAGRAFO 2: El primer listado de medicamentos como mínimo contendrá lo establecido en el acuerdo 228 de 2002 del CNSSS

ARTICULO 28. LA COBERTURA FAMILIAR. El Plan de Atención Integral de Salud tendrá cobertura familiar. En el Régimen Contributivo, serán beneficiarios del Sistema el cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años y sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

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

ARTICULO 29. PREEXISTENCIAS. En el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, las EAS no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

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

En el Régimen Solidario no se podrán aplicar preexistencias o periodos de carencias, incluyendo las enfermedades de alto costo.

PARÁGRAFO. Cuando se encuentre que alguna EAS aplique preexistencias a algún afiliado, la Superintendencia Nacional de Salud podrá aplicar multas hasta por cuatro veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. Este recaudo se destinará a compensar el gasto incurrido por el usuario y el excedente a la subcuenta de alto costo del FOSYGA. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa, el número de reincidencias no podrá ser superior a tres, de lo contrario se constituirá en motivo de cancelación de su autorización para operar en cualquiera de los dos regímenes.

ARTICULO 30. LIMITACIÓN DE PAGOS COMPARTIDOS. Tanto en el Régimen Contributivo como en el Solidario, quedan prohibidos los copagos y cuotas moderadoras para servicios asistenciales ambulatorios y hospitalarios.

ARTICULO 31. CARNÉ DE SALUD INTEGRAL. Para el acceso a los servicios tanto en el Régimen Contributivo como en el Solidario, primarán los datos reportados en el Sistema Integrado de Información Nacional en Salud - SIINS, al cual podrán acceder todas las EAS y las Redes Integradas de Servicios para la verificación de los derechos de los usuarios garantizando con ello la prestación de los servicios.

El Carné solo será un instrumento de apoyo a la pertenencia del Sistema por parte de todos los habitantes del territorio nacional, para lo cual las EAS en forma obligatoria garantizarán su entrega y en el cual estará registrado como mínimo el documento de identificación, el tipo de afiliación, la EAS responsable del Plan de Atención en Salud Integral - PAÍS y el Municipio responsable del Plan de Atención en Salud Colectiva- PAS Colectivo.

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

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

PARÁGRAFO 1. A partir del 1 de enero del año 2006 todo habitante del territorio nacional, deberá portar este carné para adelantar trámites ante entidades públicas y entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, El Gobierno Nacional reglamentará lo relativo al carné y uso del mismo.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Entre tanto se cambian los carnés de las EPS y ARS que actúan a la expedición de la presente Ley, estos carnés certificarán la calidad de afiliado.

ARTICULO 32. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago y condición de afiliado.

Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el FOSYGA y/o las administradoras del SOAT, según corresponda, en los casos de Atención en Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito y por la EAS a la cual este afiliado el usuario, de forma solidaria a partir de un monto a definir por el CNSSS. En los demás eventos el pago de la urgencia estará a cargo en su totalidad por la EAS responsable del afiliado.

PARAGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el Gobierno Nacional, de acuerdo con las recomendaciones del CNSSS.

ARTICULO 33. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. El CNSSS definirá una serie de patologías, tratamientos y frecuencias de uso, que generan en un periodo de tiempo un gasto en salud que afecta la estabilidad económica de las familias y pone en riesgo el equilibrio financiero del Sistema. El cubrimiento financiero de estas enfermedades estará a cargo de la EAS del afiliado y el financiamiento estará a cargo de los recursos de la subcuenta Nacional de Enfermedades de Alto Costo FEAC del FOSYGA.

El CNSSS podrá establecer incentivos y sanciones a las EAS, en función del control y prevención de las enfermedades de alto costo, los cuales podrán expresarse en menores o mayores porcentajes de aporte de parte de la EAS, a la subcuenta FEAC del FOSYGA o exigencia de concurrencia de la EAS a la financiación de los casos evitables y no evitados.

ARTICULO 34. ATENCIÓN DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD. La atención de este grupo de población tendrá los siguientes lineamientos:

- a) El Gobierno Nacional establecerá un programa de registro y documentación de población con discapacidad, que permita precisar en forma anual la situación epidemiológica y necesidades de atención en salud en materia de discapacidad en el país.
- b) Los niños y jóvenes con discapacidad, son considerados grupos prioritarios para acceder a los planes de beneficios establecidos y a los programas especiales de atención a población con discapacidad.

- c) La atención de la discapacidad en sus componentes de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación integral estará incluida en el Plan de Atención en Salud Integral PAIS y estará a cargo de la EAS.
- d) Los programas de promoción y prevención en materia de discapacidad serán de obligatorio diseño y aplicación, tanto en el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, como en el PAIS y **en los Programas de Salud Ocupacional**; en estos programas deberán hacerse explícitos los compromisos frente al control de factores de riesgo, cambios en el perfil epidemiológico y metas en materia de discapacidad.
- e) En el suministro de ayudas técnicas tipo: muletas, sillas de ruedas, prótesis, órtesis y audífonos, concurrirán las EAS y el Estado. El Gobierno pondrá en operación un sistema de banco de ayudas técnicas para discapacitados y promoverá incentivos tributarios y no tributarios para la importación o fabricación de estos elementos de acuerdo a lo establecido en la Ley 361 de 1997
- f) El CNSSS, con el apoyo de las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales de Terapias, revisará en forma periódica los tiempos de atención por parte del equipo profesional, teniendo en cuenta la particularidad de las patologías y los correspondientes procesos terapéuticos y de rehabilitación.

ARTICULO 35. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención en salud mental se tendrán en cuenta los siguientes lineamientos:

- a) El Gobierno Nacional adelantará cada tercer año un estudio nacional sobre salud mental, que permita precisar en forma periódica la situación epidemiológica, índices de personas en riesgo de desarrollar una enfermedad mental, situación de víctimas por estrés postraumático, maltrato físico y sexual y situación en materia de alcoholismo, drogadicción, depresión y ansiedad. El estudio deberá permitir orientar y ajustar los programas nacionales y el plan de beneficios para atención en salud mental.
- b) Los programas de promoción y prevención en salud mental serán de obligatorio diseño y aplicación dentro del Plan de Atención en Salud Pública Colectiva, el PAIS **y los Programas de Salud Ocupacional**; en estos programas deberán hacerse explícitos los compromisos frente al control de factores de riesgo, cambios en el perfil epidemiológico y metas en materia de salud mental.
- c) La atención ambulatoria y hospitalaria de los pacientes mentales agudos y crónicos será responsabilidad de las EAS a través de su red de servicios.
- d) El CNSSS, con las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales, revisará en forma periódica los tiempos de atención por parte del equipo profesional para el enfermo mental, teniendo en cuenta el abordaje comunitario, la terapéutica particular de las patologías y los correspondientes procesos terapéuticos y de rehabilitación.

ARTICULO 36. ATENCIÓN EN EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO - ECAT. En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el CNSSS, los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial, con base en los siguientes lineamientos:

- a) En casos de acciones terroristas y catástrofes naturales, El FOSYGA y con cargo a la subcuenta ECAT, pagará directamente a la institución que haya prestado el servicio en salud, a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del CNSSS.
- b) En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos y demás prestaciones estará a cargo de las empresas administradoras SOAT según los topes de amparos; los faltantes por cubrir en servicios médico-quirúrgicos estarán a cargo de la subcuenta ECAT del FOSYGA, de acuerdo a las tarifas y los procedimientos de cobro y pago de estos servicios, reglamentados por el Gobierno Nacional.

- c) Todos los vehículos motorizados deberán adquirir, de manera ininterrumpida y en periodos anuales, un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT, el cual será expedido por empresas aseguradoras autorizadas
- d) Del recaudo por venta de pólizas SOAT, incluidas las contribuciones obligatorias, se destinará al FOSYGA los siguientes recursos; un 30% para la subcuenta ECAT, de los cuales 20% ira con destino a eventos catastróficos y un 10% con destino a cubrir victimas por vehículos no identificados y programas de prevención vial que harán parte del Plan de Atención en Salud Pública Colectiva y un 30% para la subcuenta de solidaridad; el 40% restante será utilizado por las compañías aseguradoras para cubrir los topes de amparos y gastos administrativos.
- e) Los demás costos derivados de los montos máximos a cargo de las Administradoras del SOAT y de las EAS, por la atención de Accidentes de Tránsito serán atendidos con cargo a la subcuenta ECAT del FOSYGA, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.
- f) El Sistema de Seguridad Social en Salud Integral podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos.
- g) Las direcciones territoriales de salud, por delegación del FOSYGA, ejercerán en primera instancia la auditoria a cuentas por victimas de accidentes de transito por vehículos sin identificar ocurridos en su jurisdicción.

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

ARTICULO 37. DE LA ATENCIÓN EN SALUD DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y LA ENFERMEDAD PROFESIONAL. La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo estará bajo la responsabilidad de la Entidad Administradora de Salud.

ARTICULO 38. PLANES COMPLEMENTARIOS. Las Empresas de Medicina Prepagada son las únicas entidades que podrán ofrecer planes complementarios y pólizas de Salud al Plan de Atención Integral de Salud, sin que estos afecten o determinen una disminución de la calidad estándar de los servicios contenidos en el PAIS o distorsionen la información sobre contenidos.

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

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

CAPITULO II. DE LA SALUD PÚBLICA

ARTICULO 39. DEFINICIÓN. La Salud Pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo, siendo uno de los componentes e indicador de las mejores condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad.

Son medios de la salud pública la atención integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

El derecho de los habitantes del territorio nacional, a una adecuada salud pública se materializa en esta Ley mediante un Plan de Atención en Salud Pública Colectiva – PASP Colectivo, que servirá tanto de referente para la acción Estatal en cada territorio, como para la movilización de acciones intersectoriales, por parte de los demás actores involucrados dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, orientadas al mejoramiento de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones.

ARTICULO 40. PLAN DE ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA COLECTIVA -PASP COLECTIVO. El Plan es un conjunto óptimo de intervenciones básicas, de atención de enfermedades de interés en salud pública, así como para inducir la demanda al Plan de Atención Integral en Salud- PAIS y tendrá los siguientes lineamientos que serán objeto de reglamentación por el Gobierno Nacional:

- a) El PASP - Colectivo abordará factores determinantes y protectores en salud de una población en una región epidemiológica, de tal manera que contribuyan a mejorar el perfil epidemiológico de la población y la situación sanitaria de los municipios que integran o confluyen en estas regiones.
- b) El Ministerio de la Protección Social, en coordinación con el INS y previo concepto del CNSSS, reglamentará lo relativo a contenidos, operación y control del PASP - Colectivo y definirá las regiones epidemiológicas. No obstante las Direcciones Territoriales de Salud adecuarán este plan a su situación epidemiológica.
- c) Entre los contenidos del PASP - Colectivo, serán programas de obligatoria inclusión y cumplimiento los siguientes: El Plan Ampliado de inmunizaciones PAI, prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, prevención de enfermedades emergentes y reemergentes, prevención de accidentes, promoción de salud sexual y reproductiva, planificación familiar incluido DIU, pomey y vasectomía; salud sexual y prevención del embarazo en adolescentes, promoción de la salud materno infantil; prevención de ETS y VIH-SIDA, prevención del cáncer de cuello uterino, seno, cáncer gástrico y próstata; prevención integral de la Diabetes Mellitus y de las patologías que se derivan de ella, obesidad y enfermedades derivadas de malos hábitos alimentarios y desnutrición, prevención y control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas; promoción de hábitos de vida saludable, fomento y prevención en salud mental, promoción y prevención en salud oral, salud visual y auditiva; control de enfermedades transmitidas por vectores, especialmente fiebre amarilla, dengue, malaria, TBC, lepra, leishmaniasis y cólera; programas de control de factores de riesgo del consumo, físicos, biológicos y químicos, los programas de saneamiento básico que incluye manejo y tratamiento del agua, residuos sólidos, líquidos y la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo presentes en el ambiente que afectan la salud humana.
- d) La prestación del PASP - Colectivo será gratuita y obligatoria para todos los habitantes del territorio nacional y estará a cargo de las Redes Públicas Integradas de Servicios locales con equipos de salud comunitaria y familiar.
- e) Cada municipio de manera anual deberá adoptar y adaptar un PASP colectivo, dentro de los lineamientos dados por el PASP - Colectivo Departamental. En la formulación y ejecución del PASP - Colectivo se deberá prever la concurrencia de los diferentes sectores e instituciones relacionadas con factores determinantes y protectores en salud pública.
- f) El Ministerio dispondrá instrumentos y normas técnicas para el desarrollo del PASP - colectivo, estableciendo perfiles para el personal responsable de coordinar y ejecutar los programas y actividades que componen este plan, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de la Red Pública Integrada de Servicios.
- g) El PASP - Colectivo se prestará a través de un modelo de salud familiar mediante la conformación de equipos de atención, los cuales como mínimo estarán integrados por: (1) un médico general, una (1) enfermera jefe, una (1) auxiliar de enfermería, una (1) auxiliar de higiene oral y dos (2) promotores de salud. Cada equipo deberá atender como máximo 800 familias, cuya frecuencia de visita será reglamentada por el

Gobierno en un plazo no superior a seis (6) meses posteriores a la expedición de la presente ley, con base en estudios técnicos, que para el caso realice el Ministerio de la Protección Social.

- h) El CNSSS establecerá un valor del PASP - Colectivo definido en una unidad de pago por capitación, la cual podrá ser ajustada a cada región epidemiológica con base en un factor numérico en función del perfil epidemiológico, el número y la dispersión geográfica de la población o su situación de riesgo epidemiológico.
- i) En la financiación territorial se contemplarán recursos para ejercer la vigilancia epidemiológica del PASP - Colectivo y del PAIS, apoyando la interventoría a los contratos de Régimen Solidario y Contributivo con criterios de evaluación epidemiológica y garantía de la prestación.
- j) El Gobierno definirá un programa de incentivos y sanciones ligados a indicadores, metas e impactos locales en perfiles epidemiológicos, sin detrimento de dar curso a procesos disciplinarios y fiscales cuando se comprobaren causales de ineficiencia o pérdida de los recursos por parte de los funcionarios responsables de estos programas.

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

ARTICULO 41. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA COLECTIVA. La organización y operación de la salud pública colectiva se hará por niveles de la administración estatal, en consonancia con lo establecido en la Ley 9 de 1979 y la Ley 715 de 2001, así:

- a) El Instituto Nacional de Salud –INS, se constituye en la máxima instancia técnica de la salud pública y servirá de referente obligatorio para que el Ministerio de la Protección Social trace las políticas y programas de salud pública y su operación y control en forma descentralizada. El Ministerio responderá por la situación epidemiológica de todo el territorio nacional y quedará facultado para intervenir o retomar cualquiera de los programas y recursos ante el deterioro de indicadores o amenazas epidemiológicas.
- b) El Departamento o Distrito aplicará las normas, adoptará y adecuará las políticas y programas nacionales dentro de su Plan Departamental o Distrital de Salud Pública, como producto del encuentro y complementación con los Planes Municipales. La Dirección Departamental de Salud contará con una dependencia técnica, responsable de prestar asistencia a los municipios, ejercer la vigilancia epidemiológica y operar el Plan en su territorio.
- c) Los municipios serán responsables de cumplir las normas en Salud pública y adoptar y adaptar las políticas y programas nacionales y departamentales dentro de su Plan Municipal.
- d) Las EAS que operen en el Régimen Contributivo y Subsidiado dentro de un Departamento, deberán coordinar con las direcciones territoriales de salud la adaptación de las acciones orientadas a la promoción y prevención en salud dirigidas a sus afiliados, con base en el plan territorial de salud pública para alcanzar las metas sanitarias.

ARTICULO 42. ORDENAMIENTO NORMATIVO DE LA SALUD PÚBLICA COLECTIVA. En el curso de seis meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de la Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Salud – INS, revisará las normas técnicas de protección, establecidas en la Ley 9 de 1979 y demás normas complementarias en lo referente a los factores de riesgo en salud, protectores del hábitat, procesos sociales, económicos, científicos o tecnológicos, para integrar y consolidar un Manual de Protección de la Salud Pública Colectiva.

TITULO III. DE LA OPERACIÓN UNIVERSAL DEL SISTEMA

ARTICULO 43. UNIVERSALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL. A fin de posibilitar que todos los Colombianos accedan a la Seguridad Social en Salud Integral, el Sistema operará mediante un Régimen Contributivo de salud con base en aportes de empleadores, trabajadores, pensionados y personas independientes con capacidad de pago y un Régimen Solidario de salud con base en subsidios del Estado para población que no estén afiliadas al Régimen Contributivo.

PARAGRAFO. Todo habitante del territorio nacional, deberá estar afiliado a alguno de los dos Regímenes, antes del 31 de Diciembre de 2005.

CAPITULO I

DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DE SALUD

ARTICULO 44. DEFINICIÓN. El Régimen Contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización individual, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

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

ARTICULO 45. MONTO Y DISTRIBUCIÓN DE LAS COTIZACIONES. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según las normas del presente régimen, será máximo del 12 % del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior a un (1) salario mínimo mensual vigente. Uno (1) punto de la cotización será trasladado a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, para contribuir a la financiación de los beneficiarios del Régimen Solidario.

PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá el monto de la cotización, dentro del límite establecido en el inciso anterior y la distribución del mismo entre el Plan de Atención Integral en Salud, el cubrimiento de las incapacidades y licencias de maternidad para trabajadores afiliados al Régimen Contributivo.

ARTICULO 46. COTIZACIÓN DE TRABAJADORES DEPENDIENTES Y RESPONSABILIDAD PATRONAL. Los trabajadores con vínculo patronal cotizarán sobre su salario base el 12%, dos terceras partes del aporte estará a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador.

Los empleadores están obligados a afiliar a alguna EAS a todas las personas que tengan vinculación laboral, sea ésta, verbal, escrita, temporal o permanente, facilitando su libre elección por parte de cada trabajador y siendo obligatorio que su núcleo familiar quede afiliado a la misma.

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

ARTICULO 47. COTIZACIÓN DE CONTRATISTAS, INDEPENDIENTES O POR PRESUNCIÓN DE RENTAS. A fin de garantizar que estas personas y sus familias queden obligatoriamente afiliados al Régimen Contributivo se establece lo siguiente.

- a) Las personas vinculadas mediante contrato de prestación de servicios, consultoría, asesoría o contrato de obra, tendrán como base de cotización el 12% de lo pactado en el contrato, de los cuales el 8% será responsabilidad de la parte Contratante y el 4% restante a cargo del contratista. Estos aportes de carácter obligatorio al Sistema, serán retenidos por el Contratante y girados a la EAS que haya escogido libremente el contratista. El periodo de giro de esta cotización será mensual, independientemente a los periodos de pago pactados en el contrato. Cuando los honorarios superen los 10 SMMLV se podrá tomar para objetos de liquidación de aportes el 70% de lo devengado. En ningún caso la cotización podrá liquidarse por debajo de un (1) salario mínimo mensual vigente SMMLV. El contratante que incumpla lo estipulado en el presente literal será sancionado pecuniariamente con un monto que corresponderá al 80% del valor del Contrato, los recursos que provengan de este tipo de sanciones se destinarán al fortalecimiento de la subcuenta de compensación del FOSYGA.
- b) Los trabajadores independientes agrupados en organizaciones legalmente constituidas, cotizarán con base en el 12% de un valor determinado mediante presunción de ingresos. El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, las actividades económicas, la región de operación y el patrimonio de los individuos. En ningún caso el valor contemplado como base de cotización podrá ser inferior a dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes - SMMLV. La SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD establecerá cruce de información con la DIAN para establecer y actualizar la base de datos de este grupo de afiliados.

PARÁGRAFO. A partir de la vigencia de la presente ley, cada EAS que opere el Régimen Contributivo deberá tener como mínimo un 15% de cotizantes correspondientes a las poblaciones de la que trata el presente artículo.

ARTICULO 48. COTIZACIÓN DE TRABAJADORES VINCULADOS A LA ECONOMÍA INFORMAL. A fin de facilitar que las personas vinculadas a la economía informal puedan afiliarse al Régimen Contributivo se posibilitará que puedan tener como base de cotización desde un (1) salario mínimo mensual legal vigente-SMMLV, según presunción de ingresos que para tal efecto realice cada EAS

PARÁGRAFO. A partir de la vigencia de la presente ley, cada EAS que opere el Régimen Contributivo deberá tener como mínimo un 15% de cotizantes correspondientes a la población de la que trata el presente artículo.

ARTICULO 49. COTIZACIÓN PARA PENSIONADOS. A fin de propiciar la equidad y favorecer la capacidad adquisitiva del pensionado sus cotizaciones a salud quedaran así:

- a. Para mesadas hasta de dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes SMMLV, cotizarán el 4% sobre lo devengado y el 8% de la cotización restante será asumido con cargo al Fondo de Solidaridad Pensional.
- b. Para mesadas entre 2 y 6 salarios mínimos mensuales legales vigentes SMMLV, esta proporción será de 6% sobre lo devengado y el restante 6% a cargo del Fondo de Solidaridad Pensional.
- c. Para las mesadas superiores a seis (6) SMMLV, el monto total de la cotización estará a cargo del pensionado.

ARTICULO 50. SANCIONES. Ningún empleador, contratante y contratista del sector público o privado o personas en capacidad de contribuir estará exenta de pagar su respectivo aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral. Serán sancionados las siguientes conductas además de las que reglamente el Gobierno Nacional:

- a) El no pago de la cotización en el Régimen Contributivo, generará un interés moratorio a cargo del empleador o afiliado independiente, igual al que rige para el impuesto sobre la renta. De mantenerse el incumplimiento la EAS podrá tramitar cobro coactivo y reportar los datos de las personas naturales o

jurídicas implicadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, Supersociedades, centrales de riesgo crediticio o Procuraduría según la naturaleza de la entidad.

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

ARTICULO 51. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. Las Entidades Administradoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitación -UPC- fijadas para el Plan de Atención en Integral Salud – PAIS y trasladará la diferencia a la subcuenta de compensación del FOSYGA a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el FOSYGA deberá cancelar la diferencia del mismo a las Entidades Administradoras de Salud que así lo reporten.

PARAGRAFO 1. El FOSYGA está autorizado para suscribir créditos puente con el sistema bancario en caso de que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación interna.

PARAGRAFO 2. El FOSYGA sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

ARTICULO 52. INCAPACIDADES. Para los afiliados aportantes de que tratan los artículos 46, 47 y 48, el Régimen Contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes con cargo a los recursos manejados por las EAS. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Empresas Administradoras de Riesgos Profesionales ARP con cargo a los recursos administrados por este régimen. El Gobierno adecuará la reglamentación para tal efecto.

ARTICULO 53. LICENCIAS POR MATERNIDAD. Para las mujeres trabajadoras cotizantes de que trata los artículos 46, 47 y 48, que hayan cotizado mas de 6 meses al Régimen Contributivo previo al parto, el Sistema les reconocerá la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por la subcuenta de compensación del FOSYGA.

CAPITULO II

DEL RÉGIMEN SOLIDARIO

ARTICULO 54. DEFINICIÓN. El Régimen Solidario es un conjunto de normas y procedimientos que posibilitan que los Habitantes del Territorio Nacional de escasos recursos económicos accedan al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral; esta vinculación se hará a través del pago de una cotización subsidiada por parte del estado, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley.

ARTICULO 55. BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SOLIDARIO. Será afiliada al Régimen Solidario toda la población, habitante del territorio nacional, sin capacidad de pago y que no se encuentre en las bases de datos de afiliados del Régimen Contributivo, registrados en el SIINS.

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

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

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

ARTICULO 56. COMITÉ SOCIAL DE VERIFICACIÓN DEL RÉGIMEN SOLIDARIO. Las Alcaldías Municipales y Distritales conformarán con carácter obligatorio, un Comité Integrado por el secretario o Director Local de Salud quien lo presidirá, una trabajadora social perteneciente a la Alcaldía, un delegado de la personería local o quien ejerza sus funciones en el municipio, un delegado de la IPS pública de primer nivel, un delegado de los Comités de participación comunitaria municipal y un delegado de las Asociaciones de Usuarios del Régimen Solidario del municipio; el Comité tendrá por objeto evaluar los casos de afiliados que perteneciendo al Régimen Solidario, tengan capacidad de pago para pertenecer al Régimen Contributivo, determinando su exclusión del primero; de igual forma definirá el ingreso al Régimen Solidario de personas que hayan perdido su condición de afiliados o beneficiarios del Régimen Contributivo. La periodicidad de reunión de este comité será mensual y sus decisiones serán ejecutadas de inmediato mediante el cargue en línea de esta información al SIINS. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la operación de los comités sociales de verificación del Régimen Solidario.

ARTICULO 57. REGLAS BÁSICAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SUBSIDIOS Y RELACIÓN EAS – ENTES TERRITORIALES. La operación del Régimen Solidario atenderá los siguientes lineamientos que serán objeto de reglamentación por parte del Gobierno Nacional:

- a) **Convocatoria a Afiliación:** El Gobierno Local notificará en forma masiva o fijará en lugares públicos de alta confluencia de población, los listados de las familias que pueden ser beneficiarias del Régimen Solidario de salud, así como las características y garantías de las EAS autorizadas para operar en el municipio, para que la cabeza del núcleo familiar haga libre elección de la EAS.
- b) **Selección de la EAS:** La selección de las EAS se hará con base en un concurso público de competencias, para lo cual cada dos años el Ministerio de la Protección Social convocará y seleccionará a aquellas que operarán en cada región, según sus capacidades técnicas, administrativas y resolutivas de acuerdo a las características de la región de aseguramiento en donde se proponen operar.
- c) **Regionalización de Operación:** El Gobierno organizará regiones siguiendo criterios administrativos, financieros, de oferta de servicios de salud y caracterización geográfica. El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones que cumplan con estos objetivos, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- d) **Limite de EAS por Región:** Cuando en una región existan capitales con más de un millón de habitantes, operarán como máximo seis (6) EAS habilitadas; en las demás regiones operarán como máximo cuatro (4). Como mínimo una de estas por región, será de carácter público.
- e) **Limite de EAS en municipios con población menor a 50,000 habitantes:** En estos municipios se seleccionará una sola EAS la cual será la que los potenciales beneficiarios del Régimen Solidario hayan seleccionado libremente dentro de las habilitadas para operar en la región, en forma mayoritaria. Todas las EAS habilitadas para la región están obligadas a participar en el proceso de selección mencionado en este literal. El incumplimiento de lo anterior acarreará la pérdida de la habilitación para operar.
- f) **Contratación con la EAS:** La EAS seleccionada suscribirá un contrato de administración de subsidios con el FOSYGA por un término de dos (2) años, con el objeto de prestar el Plan de Atención Integral de Salud – PAÍS a los afiliados que la hayan elegido libremente por el proceso de selección individual en el respectivo municipio.
- g) **Mecanismo de Giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA:** Estos recursos se girarán en forma anticipada a las EAS, en forma bimestral y durante los diez (10) primeros bimestres, con

base en reportes de aprobación por parte de la interventoría del contrato. El giro de los bimestres 11 y 12, se realizará una vez se haya adelantado y formalizado la liquidación del contrato. El Gobierno reglamentará e instrumentará este proceso.

- h) **Control Territorial:** Las Direcciones Distritales y municipales de Salud ejercerán el proceso de vigilancia, control y auditoría a los contratos de las EAS, por delegación explícita de la Superintendencia Nacional de Salud dentro de lo establecido en el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.
- i) **Recursos provenientes de la liquidación de los contratos:** Los recursos que resulten de la liquidación de los contratos suscritos entre FOSYGA y EAS, deberán ser reintegrados al FOSYGA, a más tardar en el mes siguiente a la firma del acta de liquidación de los contratos.
- j) **Terminación o caducidad del contrato:** Cuando se declare la terminación o caducidad de un contrato con una EAS por incumplimiento de las obligaciones contractuales, la Red Integrada de Servicios que venía atendiendo a los afiliados, lo continuará haciendo con cargo a los recursos que el FOSYGA administra, mientras se selecciona una nueva EAS. Este proceso no podrá tener un plazo superior a sesenta días calendario, posteriores a la declaración de caducidad.

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

ARTICULO 58. REGLAS BÁSICAS PARA LA RELACIÓN EAS Y REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS. A fin de garantizar los principios del Sistema, la atención efectiva en salud, el mantenimiento de las redes integradas de servicios públicas y privadas y el flujo de los recursos, se atenderán los siguientes lineamientos:

- a) Mecanismo de pago y giro de los recursos de las EAS a las redes Integradas de servicios: Los contratos de prestación de servicios suscritos entre EAS y las redes Integradas de Servicios, deberán estipular y aplicar las tarifas acordadas según modalidad de prestación, al igual que mecanismos de pago anticipado. La proporción del contrato a establecer como pago anticipado tendrá como referente el tipo de servicios y su modalidad de prestación.
- b) Del valor total del contrato suscrito entre una EAS y el FOSYGA, como mínimo el 60% se deberá contratar y ejecutar con la Red Pública Integrada de Servicios.
- c) Flujo de recursos. Las EAS deberán garantizar el flujo adecuado de los recursos a las Redes Integradas de Servicios, propendiendo por un manejo adecuado y ágil del proceso de auditoría de cuentas y glosas, conforme a la reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de la Protección Social.
- d) Cuando la EAS incumplan con las Redes Integradas de Servicios, en relación con el flujo adecuado de los recursos en los términos establecidos en el presente artículo, bien por acumulación de cuentas por pagar o glosas, podrá el FOSYGA, previo concepto de la Superintendencia Nacional de Salud, girar a la Redes Integradas de Servicios, hasta que se subsane por parte de la EAS el represamiento de las cuentas y glosas. Esta aprobación no podrá sobrepasar cinco (5) días hábiles a partir de la solicitud hecha por la Red de Servicio afectada.

ARTICULO 59. TRANSICIÓN Y GRADUALIDAD. Los afiliados al Régimen Subsidiado vigentes hasta la expedición de esta Ley permanecerán en las ARS hasta la terminación del contrato vigente y quedarán automáticamente como afiliados del Régimen Solidario siempre y cuando cumplan los requisitos necesarios para pertenecer a este.

TITULO IV. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA

CAPITULO I. DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE SALUD - EAS

ARTICULO 60. DEFINICIÓN. Las Entidades Administradoras de Salud - EAS son las entidades responsables de la afiliación, el registro en salud de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones o administración de subsidios por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Atención Integral en Salud - PAIS a los afiliados.

ARTICULO 61. FUNCIONES. Las EAS tendrán las siguientes funciones:

- a) Operar el componente de Administración del Sistema con base en los principios de la Seguridad Social en Salud Integral.
- b) Administrar los servicios de salud previendo y manejando las contingencias económicas que afecten la salud de sus afiliados y garantizar el acceso efectivo al Plan de Atención Integral en Salud – PAIS.
- c) Ser delegatarias del FOSYGA para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, en el Régimen Contributivo.
- d) Ser delegatarias del FOSYGA para el manejo de los subsidios de salud de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, en el Régimen Solidario.
- e) Promover la afiliación de grupos de población, no cubiertos por la Seguridad Social en Salud Integral.
- f) Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias, puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las EAS tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
- g) Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras que hagan parte de las redes integradas de servicios, con las cuales deberá mantener convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y sus beneficiarios.
- h) Las EAS garantizarán un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las diferentes Redes Integradas de Servicios, así como al interior de las mismas
- i) Remitir al FOSYGA la información relativa a la afiliación del trabajador y sus beneficiarios, las novedades laborales, los recaudos por cotizaciones y los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
- j) Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Redes Integradas de Servicios.
- k) Manejar la información suficiente y con oportunidad sobre la situación de salud de su población afiliada, los perfiles epidemiológicos de la misma y las operaciones administrativas, de tal manera que posibiliten la toma de decisiones de la EAS, la rendición de cuentas a los usuarios y el ejercicio de la inspección, vigilancia y control por parte de los entes competentes.
- l) Responder por el mejoramiento de los perfiles epidemiológicos de su población afiliada.
- m) Las demás que les sean asignadas.

ARTICULO 62. CAMPO DE ACCIÓN DE LAS EAS. Para garantizar el Plan de Atención en Salud Integral a sus afiliados, las EAS atenderán lo siguiente:

- a) Prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con Redes Integradas de Servicios conformadas para dicho fin.

- b) Para racionalizar la demanda de servicios, las EAS podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, evento, grupos relacionados diagnósticos, protocolos o presupuestos globales fijos o prospectivos, de tal manera que incentiven las actividades de la salud pública colectiva e individual y generen control de costos, sin deterioro de la calidad de la atención.
- c) Cada EAS deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de IPS dentro de una red de servicios, salvo cuando la restricción de oferta lo impida y según lo reglamentado por el Gobierno Nacional.
- d) Las EAS que operen el Régimen Solidario, tendrán como zona de operación, regiones geográficas del país, que para tal efecto definirá el Ministerio de la Protección Social, las cuales se adjudicarán mediante un concurso público, realizado por el mismo Ministerio y supervisado por la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO 63. REQUISITOS GENERALES DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud habilitará como Entidades Administradoras de Salud a empresas que podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Ser sin ánimo de lucro
- b) Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Administradora de Salud, tales como:
 - 1. EAS Privadas
 - 2. EAS Públicas creadas por los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones. Para ello podrán también asociarse con entidades hospitalarias públicas.
 - 3. EAS Públicas del Nivel Nacional.
 - 4. Cajas de Compensación Familiar, de manera directa o en asociación o convenio entre ellas mismas.
 - 5. EAS de naturaleza indígena.
- c) Tener personería jurídica reconocida por el Estado.
- d) Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud Integral, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación y control de los servicios de salud ofrecidos por las Redes Integradas de Servicios con las cuales atienda a los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.
- e) Disponer de una organización administrativa, técnica y financiera que como mínimo permita:
 - 1. Cumplir plenamente con los requisitos de habilitación de EAS que para tal efecto establezca el Ministerio de la Protección Social.
 - 2. Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.
 - 3. Hacer monitoreo constante del perfil epidemiológico de su población afiliada.
- f) Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación en una región del país y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el Gobierno Nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las EAS.
- g) Acreditar periódicamente el margen que asegure la liquidez y solvencia de la entidad administradora de salud, que será fijado por el Gobierno Nacional.
- h) Acreditar las reservas técnicas exigidas por el manejo de las UPC, destinadas a gasto efectivo en salud.
- i) Tener un capital social o fondo social mínimo, que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, determinados por el Gobierno Nacional.

- j) Las demás que establezcan la Leyes y la reglamentación del Sistema, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1. El Gobierno Nacional adecuará y expedirá las normas que se requieran para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo en un término no mayor a (6) meses.

PARÁGRAFO 2. Las EPS y ARS de naturaleza distinta a la establecida en el literal a) y que se encuentren operando al entrar en vigencia la presente Ley, podrán mantenerse como EAS siempre y cuando se adapten a las exigencias de esta Ley, en un plazo no inferior a seis (6) meses, de lo contrario deberán ser liquidadas y sus afiliados seleccionarán libremente una EAS, que se halle debidamente autorizada. Si el afiliado no ejerce este derecho el Estado le asignará una EAS, según criterios de acceso a la red de servicios.

ARTICULO 64. REQUISITOS ESPECIALES DE LAS EAS PARA OPERAR EN EL RÉGIMEN SOLIDARIO EAS. Además de los requisitos exigidos en el artículo anterior, las EAS que pretendan continuar o entrar a operar en el Régimen Solidario deberán demostrar lo siguiente:

- a) Que operen en máximo dos regiones de administración en salud del país
- b) Las Empresas Solidarias de Salud siempre y cuando demuestren ante la Superintendencia Nacional de Salud y Superintendencia de Economía Solidaria que cumplen con los principios cooperativos que las rigen y que como mínimo el 80% de sus afiliados tienen el carácter de asociados o dueños de la empresa.
- c) Las EAS de comunidades indígenas definidas mediante Ley 691 de 2001; siempre y cuando demuestren ante la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio del Interior que tienen un referente étnico y cumplen con principios comunitarios y de decisión de orden tradicional de la comunidad y cuenten al menos con un 80% de afiliados pertenecientes a comunidades indígenas.

ARTICULO 65. DE LOS INGRESOS DE LAS EAS. Las cotizaciones que recauden las EAS pertenecen al Sistema de Seguridad Social en Salud Integral y de estas ellas retendrán un valor por afiliado que se denominará Unidad de Pago por Capitación – UPC, atendiendo los siguientes lineamientos generales:

- a) Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Atención Integral en Salud – PAIS para cada afiliado, el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral le permitirá retener a cada Entidad Administradora de Salud el valor correspondiente a una (1) Unidad de Pago por Capitación - UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil etéreo de la población, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. La UPC será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos que adelante Ministerio de la Protección Social.
- b) En el Régimen Contributivo las EAS deberán girar dentro de los términos previstos por el Gobierno Nacional, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación - UPC a la subcuenta de compensación del FOSYGA.
- c) En el Régimen Contributivo, las EAS tendrán establecido un tope de gastos de administración por las UPC manejadas en un periodo anual, el cual no podrá superar el 5% del valor de las UPC efectivamente compensadas, de tal manera que se haga evidencia física y contable de los recursos destinados a inversión en prestación de servicios de salud a los afiliados.
- d) En el Régimen Solidario, las EAS tendrán establecido un tope de gastos de administración por las UPC manejadas en un periodo anual el cual no podrá superar el 3% del valor de la UPC efectivamente contratadas, de tal manera que se haga evidencia física y contable de los recursos destinados a inversión en prestación de servicios de salud a los afiliados.

- e) Una vez finalizado el periodo fiscal correspondiente al año inmediatamente anterior, las EAS deberán girar al FOSYGA, subcuenta de Solidaridad, en el caso del Régimen Solidario y a la subcuenta de Compensación, en el caso del Régimen Contributivo, la diferencia resultante de restar los valores efectivamente causados por prestación del PAIS del valor de las unidades de pago por capitación solidarias o contributivas, que les correspondan, previo descuento del porcentaje de administración establecidos en los literales c y d del presente artículo.
- f) Las Entidades Administradoras de Salud del Régimen Contributivo manejarán los recursos de la seguridad social en salud, originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.
- g) Las Entidades Administradoras de Salud, que operen el Régimen Solidario, manejarán los recursos de la seguridad social, originados en los subsidios de los afiliados al sistema, en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.
- h) Cuando una EAS opere tanto Régimen Solidario como Régimen Contributivo deberá establecer un manejo, presupuestal y contable de los ingresos y gastos de cada régimen en forma independiente para cada uno de ellos.

ARTICULO 66. REGULACIÓN A LA INTEGRACIÓN VERTICAL. Las EAS que cuenten con red propia o en la cual haya confluencia de alguno de los accionistas o socios, solo podrán ejecutar un tope máximo de su presupuesto anual de ingresos por valores de UPC recibidos por sus afiliados en dicha red; el porcentaje restante deberá contratarse con red no propia.

Se establecen como topes máximos para contratación con red propia los siguientes:

- a) Para las EAS del Régimen Contributivo el 50% de las UPC efectivamente compensadas.
- b) Para las EAS de origen privado que operen el Régimen Solidario, como mínimo el 60% de las UPC efectivamente contratadas, se ejecutará con la red pública, permitiéndose solo contratar con red propia el 20% de las UPC; en el caso de las EAS de origen público estos porcentajes serán sumatorios y obligatorios.

PARAGRAFO: Ninguna EAS podrá construir red propia utilizando los recursos provenientes o generados por las UPC del Régimen Contributivo o del Régimen Solidario.

ARTICULO 67. EXIGENCIAS PARA LA EFICIENCIA, COMPETENCIA Y LA TRANSPARENCIA PARA LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE SALUD. Las EAS estarán obligadas a adoptar un compromiso ético y un manual de buenas practicas en el cual se comprometan como mínimo con las siguientes exigencias:

- a) Las Entidades Administradoras de Salud serán los defensores y procuradores de la salud de sus afiliados y por ende no podrán negar, simplificar o dilatar servicios contemplados en el Plan de Atención en Salud Integral y propenderán por la implementación y cumplimiento del sistema único de garantía de calidad en salud, en los términos establecidos en el decreto 2309 de 2.003 y demás normas que lo complementen.
- b) No podrán en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario.
- c) Están prohibidos todos los acuerdos o convenios, así como las practicas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia de los afiliados, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral.

- d) Será causal de pérdida de la autorización para operar en la región asignada, los conflictos de interés, tráfico de influencias o competencia desleal que pueda suscitar la EAS en su relación con autoridades territoriales en ejercicio o sector político. Las EAS guardarán imparcialidad e independencia política en procesos electorales a nivel Nacional.
- e) No podrán ser socios, ni pertenecer a las Juntas Directivas, ni a cargos de gerencia y dirección tanto de las EAS como de las Redes Integradas de Servicios quienes sean servidores públicos, ni sus cónyuges o compañeros o compañeras permanentes y sus familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, excepto en los casos que determine la ley.
- f) Las EAS serán objeto de control fiscal por parte de la Contraloría General de la República, estando obligadas a rendir cuentas en cada vigencia, de conformidad con la normatividad que expida la Contraloría General para tal efecto. El balance social y contable deberá estar disponible en la página web de la Contraloría y de cada EAS en el mes siguiente a su rendición, para objeto del control social.

PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará en el término de seis (6) meses, lo relacionado a este artículo, previendo involucrar y posibilitar el control social por parte de actores del sistema y la comunidad en general.

ARTICULO 68. DE LOS INCENTIVOS PARA UN MEJOR SERVICIO. El CNSSS establecerá los incentivos al buen desempeño de las EAS en función del mejoramiento o mantenimiento del estado de salud reflejado en cambios positivos del perfil epidemiológico de su población afiliada en una región y del control del gasto. Se podrá considerar como incentivo financiero un porcentaje diferencial de aporte de la UPC para financiar el Fondo de enfermedades de alto costo del FOSYGA.

ARTICULO 69. DE LA ATENCIÓN EN SALUD DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y LA ENFERMEDAD PROFESIONAL. La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo será garantizada por la EAS a la cual esta afiliado el trabajador, en los mismos términos en que actualmente lo adelanta las ARP. Estos servicios se financiarán con cargo a los recursos de cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional que son administrados por las Empresas Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP y que estas empresas obligatoriamente trasladarán a la subcuenta de compensación del FOSYGA.

Las EAS cobrarán con cargo a la subcuenta de compensación del FOSYGA, los gastos por atención de sus afiliados por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.

PARÁGRAFO. El Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud reglamentará los procedimientos de cobro y pago de estos servicios de la subcuenta de compensación del FOSYGA a las EAS

ARTICULO 70. APOORTE DE LAS ARP AL FOSYGA. Las ARP destinarán y trasladarán el 57% del recaudo por cotizaciones al FOSYGA así:

- a) 50 puntos para la subcuenta de compensación del FOSYGA para contribuir a cubrir la atención en servicios de salud que demanden los Accidentes de Trabajo y la Enfermedad Profesional y que estarán a cargo de la EAS a la cual está afiliado el trabajador. Los excedentes serán destinados a financiar solidariamente la afiliación al Régimen Contributivo de los trabajadores de la economía informal.
- b) 7 puntos para la subcuenta de salud pública del FOSYGA y con destino a financiar el PAS colectivo.

ARTÍCULO 71. PERÍODO DE TRANSICIÓN PARA EL ISS. Durante un período de tiempo de tres (3) años, contados a partir de la vigencia de la presente ley, la EAS del ISS podrá utilizar el recaudo total de los aportes, con el fin de lograr la liquidez suficiente y adecuar su funcionamiento hacia la compensación plena. Durante el tiempo previsto como transitorio, se adecuarán los procesos para desarrollar un Sistema de información, que se

integre al SIINS. El período de transición cumplirá como propósito favorecer la liquidez operativa para garantizar la prestación de los servicios, el pago oportuno a las IPS y a sus proveedores

PARÁGRAFO 1. En el periodo de transición contemplado en este artículo, el Gobierno Nacional, integrará a la EAS del ISS, la red de prestación de servicios de salud constituidas con patrimonio del mismo.

PARÁGRAFO 2. Durante el período de transición definido en el presente artículo, el ISS presentará informes semestrales al CNSSS y a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre los avances obtenidos en los objetivos propuestos.

ARTICULO 72. RÉGIMEN DE LIQUIDACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. El Gobierno Nacional expedirá en dos (2) meses a partir de la expedición de la presente Ley, la reglamentación de los procedimientos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud y administradoras del Régimen Subsidiado ARS que se encontraban operando a la entrada en vigencia de esta Ley y que no se adapten a la nueva normatividad.

PARAGRAFO. Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se excluirán de la masa de liquidación.

ARTICULO 73. DE LA RELACIÓN EAS – REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS –IPS – PROFESIONES Y OCUPACIONES DE LA SALUD. Las EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS deberán garantizar el ejercicio de las profesiones u ocupaciones en salud, teniendo en cuenta las regulaciones específicas de cada disciplina, la normatividad administrativa y laboral y en especial en los fundamentos de su desempeño tales como: ética del ejercicio, acto integral de atención en salud, autonomía y autorregulación.

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

ARTICULO 74. DE LA RELACIÓN EAS– REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS –IPS–UNIVERSIDADES Y CENTROS DE FORMACIÓN. Las EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS deberán posibilitar el desarrollo de convenios docente - asistenciales, respetando la autonomía universitaria relacionada con la formación del recurso humano en salud y evitar la integración vertical entre EAS – Redes Integradas de Servicios –IPS- Centros de Formación.

CAPITULO II

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

ARTICULO 75. DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS. Entiéndase por Red Integrada de Servicios, a aquella entidad que integra o asocia a las IPS en todos los niveles de atención, con cobertura geográfica en el área de influencia de la EAS a la que pertenece o le presta servicios. Las redes Integradas de Servicios podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta.

ARTICULO 76. ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR MEDIO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, se organizarán en redes, teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

- a) Las redes pública se constituirán por integración de los hospitales públicos, puestos y centros de salud; las redes privadas se conformarán por entidades cooperativas, entidades privadas sin ánimo de lucro, de carácter indígena o por entidades mixtas.
- b) La red de prestación de servicios deberá corresponder a las áreas de operación de una EAS, dentro de la cual se deben integrar IPS del mismo o de diferentes niveles de complejidad.

- c) Se deberá partir de una red de primer nivel basada en un modelo orientado a obtener resultados positivos en el perfil epidemiológico de la población que atienda.
- d) Para la atención del componente de Salud Oral contenido dentro del PAÍS, se contratarán Redes Integradas de Servicios de salud oral, especialmente constituidos para ello.
- e) Los Profesionales independientes podrán adscribirse o integrarse en redes para prestar servicios ambulatorios
- f) La red deberá operar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes
- g) Las redes permitirán la articulación de las IPS, la utilización adecuada de la oferta y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta

ARTICULO 77. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. Las IPS deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia.

ARTICULO 78. HABILITACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. El proceso de habilitación, de las IPS que hagan parte de las redes integradas de servicios, se adelantará en cumplimiento con lo establecido en los incisos 10 y 14 del artículo 42 de la ley 715/2001 y en el decreto 2309 de 2002 y demás normas que la adicionen o modifiquen.

ARTICULO 79. LIBRE ELECCIÓN Y COMPETENCIA. En desarrollo del principio de libre elección, podrán concurrir IPS de un mismo nivel, pertenecientes a una o varias redes integradas de servicios que se hallen contratadas por una EAS, dentro de las cuales el afiliado podrá seleccionar la que considere mas conveniente.

Están prohibidos todo tipo de acciones que conduzcan a impedir, restringir o falsear la libre competencia para la prestación de los servicios de salud.

ARTICULO 80. SISTEMA CONTABLE. Toda IPS deberá contar con un sistema contable, que permita registrar los costos y gastos de los servicios ofrecidos y adoptar el Plan Unico de Cuentas Hospitalarias, que establezca el Gobierno Nacional a más tardar en el primer año a partir de la expedición de la presente ley.

ARTICULO 81. MANUAL DE TARIFAS: El Gobierno Nacional establecerá un sistema de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud, dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley. Para ello adelantará estudios que tengan en cuenta las estructuras de costos, tanto de la red pública como privada y desarrollará un sistema único de códigos de procedimientos de Salud.

ARTICULO 82. SALARIO MÍNIMO DE LAS PROFESIONES Y OCUPACIONES DE LA SALUD. El Gobierno Nacional determinará un salario mínimo legal y sus prestaciones sociales, para las profesiones y ocupaciones de la Salud, con base en los niveles de formación y experiencia que hayan adquirido los mismos; los cuales serán de obligatorio cumplimiento para la contratación de este recurso para todos los actores del Sistema.

Cuando la modalidad de vinculación contemple terceros bajo la forma de empresas de trabajo asociativo, precooperativas o cooperativas, estas entidades se sujetarán a lo contemplado en este artículo.

ARTICULO 83. GARANTIA DE LIQUIDEZ DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS. El pago por atención en salud que las EAS o el FOSYGA realice a las Redes Integradas de Servicios, se hará mediante el pago mensual anticipado del 100% del valor contratado cuando se trate de la modalidad de capitación y del 60% para otras formas de contratación. Lo anterior sin perjuicio de los ajustes propios de la liquidación de estos contratos.

PARÁGRAFO 1. El pago correspondiente a la atención de urgencias por parte de las EAS o el FOSYGA, no superará en ningún caso los treinta días contados a partir del momento en que se reporte el evento.

PARÁGRAFO 2. Cualquier retraso en el pago de estos anticipos o de la atención de urgencias, generará intereses de mora iguales a los señalados en el régimen tributario vigente.

ARTÍCULO 84. RECURSOS PARA HOSPITALES PÚBLICOS. En cada vigencia se destinará el 60% de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del FOSYGA, para fortalecer la red nacional de urgencias y la red pública de servicios, con énfasis en los hospitales universitarios y docentes, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca el CNSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica.

ARTICULO 85. EVALUACIÓN TECNOLÓGICA. El Ministerio de la Protección Social establecerá normas que regirán la importación de tecnología biomédica y definirá aquellas cuya importación será controlada. Igualmente reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con planes nacionales para la atención de las patologías.

Las normas que se establezcan incluirán metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica, así como aquellas que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicables tanto en el sector público como en el privado.

ARTICULO 86. INCENTIVOS Y PLANES DE DESEMPEÑO. Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos, demás profesionales y trabajadores asalariados o vinculados, teniendo en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones como un todo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la modalidad de los estímulos a la productividad.

Las EAS incentivarán a las Redes Integradas de servicios con base a los resultados de capacidad resolutive, mejoramiento del perfil epidemiológico, control del gasto y mejoramiento de las condiciones de salud de su población asignada. Estos incentivos se verán reflejados en continuidad y mejores condiciones contractuales de orden financiero para la siguiente vigencia del contrato.

ARTICULO 87. RÉGIMEN DE LIQUIDACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. El Gobierno Nacional expedirá en los seis (6) meses siguientes a partir de la expedición de la presente Ley los lineamientos, que regulen los procedimientos de liquidación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, según su naturaleza jurídica.

CAPITULO III

DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

ARTICULO 88. NATURALEZA. La prestación y administración de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley, por las Asambleas, Concejos Distritales o Municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

ARTICULO 89. RÉGIMEN JURÍDICO. El régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado, será el mismo establecido por la Ley para las Empresas Industriales y Comerciales del Estado.

PARÁGRAFO. Las IPS Públicas que no se hayan constituido como Empresas Sociales del Estado, tendrán que transformarse a dicha modalidad, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

ARTICULO 90. DIRECCIÓN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS - ESE. Para la dirección o gerencia de hospitales públicos - ESE se atenderán los siguientes lineamientos generales:

- a) La Gerencia será ejercida por profesionales de comprobada solvencia técnica, administrativa y con compromiso social y ético.
- b) Los Directores y/o Gerentes de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud de cualquier nivel de complejidad o naturaleza, serán nombrados por el jefe de la respectiva Entidad Territorial por un período igual al del Gobernador o Alcalde Municipal o Distrital respectivo, de una terna presentada por la Junta Directiva.
- c) La Terna de candidatos será diseñada con base en una lista de aspirantes conformada mediante un proceso de concurso público de méritos, abierto, realizado bajo los principios de igualdad, moralidad, eficacia, objetividad, transparencia, imparcialidad y publicidad, manejado por una Universidad pública o entidad competente, según la reglamentación establecida por el Gobierno Nacional.
- d) Los directores o gerentes de las ESE, se regirán en materia salarial por un régimen especial, teniendo en cuenta el nivel de complejidad, el presupuesto del respectivo hospital y metas de desempeño.
- e) Los Directores y/o Gerentes de las IPS Públicas, podrán ser removidos del cargo por el nominador, siempre que medie aprobación de la Junta Directiva por mayoría calificada, por causales de ineficiencia administrativa, medida en incumplimiento de metas de desempeño financiero y de salud de una población, utilización de la entidad para injerencia en política electoral o clientelismo. También podrán ser retirados por las causales señaladas en las leyes y decretos reglamentarios en materia disciplinara, faltas a la ética y responsabilidad fiscal o penal.

PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional reglamentará la materia en el término de seis (6) meses.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Los Directores y/o Gerentes de IPS Públicas, que hayan sido designados para periodo fijo de tres años, con anterioridad a la vigencia de la presente Ley, continuarán en el ejercicio de sus cargos hasta la terminación del periodo para el cual fue nombrado, salvo que se den las causales señaladas en las leyes y decretos reglamentarios vigentes para el retiro del servicio de los funcionarios públicos.

TITULO V SISTEMA FINANCIERO DEL SECTOR SALUD

ARTICULO 91. DEL SISTEMA FINANCIERO DEL SECTOR SALUD. Créase el Sistema Financiero del Sector Salud, el cual estará conformado por los agentes, actores, entidades, normas, procedimientos, fuentes y usos, cuyo objetivo principal sea el suministro, flujo, aplicación, operación y custodia de recursos financieros que garanticen el adecuado, normal, eficiente y oportuno funcionamiento del SSSSI.

ARTICULO 92. DEFINICIÓN Y OPERACIÓN DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. El fondo de solidaridad y garantía es un fondo independiente del presupuesto general de la Nación, que opera como una cuenta especial adscrita al CNSSS, quien será su consejo de administración, manejado por encargo fiduciario, con personería jurídica y planta de personal propia. Los recursos, para todos los efectos hacen parte de la seguridad social en salud y por tanto no podrán destinarse a fines diferentes. Los gastos generados por este fondo serán contabilizados dentro del gasto público social al que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

ARTICULO 93. OBJETIVOS DEL FOSYGA. Serán objetivos del FOSYGA los siguientes:

- a) Agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de los planes de beneficios para la Salud Integral.
- b) Agrupar en un solo fondo los recursos públicos, para el financiamiento de la prestación de servicios de salud, a todos los habitantes del territorio nacional, afiliados al Régimen Contributivo y Régimen Solidario.
- c) Permitir una verdadera equidad financiera en la asignación de recursos públicos, para el financiamiento de la salud de todos los habitantes del territorio nacional.

- d) Agilizar los procesos que rigen los flujos financieros del sistema, para que la prestación de servicios pueda ser oportuna para los usuarios y no ponga en peligro la estabilidad financiera, tanto de las Redes Integradas de Servicios como de las EAS.
- e) Garantizar procesos contractuales transparentes y expeditos.
- f) Girar directamente a las Entidades Administradoras de Salud, los dineros correspondientes a la prestación de los Planes de Beneficios.

ARTICULO 94. DE LA ESTRUCTURA DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA. La estructura del fondo de solidaridad y garantía tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- a) De compensación para el Régimen Contributivo en salud.
- b) De solidaridad para el Régimen Solidario en salud.
- c) De salud pública colectiva.
- d) De seguros de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito,
- e) Del Fondo Nacional de aseguramiento de enfermedades de alto costo.

ARTICULO 95. FINANCIAMIENTO DE LA SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN. Los recursos que financian la subcuenta de compensación tendrán las siguientes fuentes:

- a) De la diferencia de ingresos por cotización de los afiliados y el valor de la Unidades de Pago por Capitación, UPC, que le serán reconocidas por el sistema a cada Entidad Administradora de Salud. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, trasladarán la diferencia a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que aquellos sean menores que las últimas.
- b) La diferencia entre el porcentaje de UPC de obligatoria inversión en la prestación efectiva de servicios de salud y la realmente causada por cada EAS que opere Régimen Contributivo en cada vigencia fiscal.
- c) El 50% del recaudo total de las Administradoras de Riesgos Profesionales, por concepto de cotizaciones de los empleadores al Sistema de riesgos Profesionales.
- d) Los rendimientos financieros de estos recursos.

PARÁGRAFO. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas y tendrá la facultad de establecer las multas que defina la reglamentación del sistema de Inspección, vigilancia y control.

ARTICULO 96. DE LOS RECURSOS QUE FINANCIAN LOS SUBSIDIOS A LA DEMANDA. Las sumas correspondientes a los recursos que los Departamentos, Municipios y Distritos deben destinar a la financiación de los subsidios a la demanda con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de salud y las rentas cedidas, serán girados directamente por los entes correspondientes al FOSYGA.

Los recursos a los que se refiere el presente artículo se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las Entidades territoriales

ARTICULO 97. FINANCIACIÓN DE LA SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD: Harán parte de esta subcuenta los siguientes recursos:

- a) Un punto porcentual de la cotización obligatoria que deben aportar el Régimen Contributivo y los regímenes especiales.
- b) El aporte de las cajas de compensación de que trata el artículo 100 de la presente ley. Estos recursos serán ejecutados directamente por las cajas de compensación, sin situación de fondos, cuando dicha entidad sea contratada para la administración del régimen subsidiado según lo dispuesto en la presente ley.
- c) Un aporte del presupuesto Nacional que será equivalente al monto que generan los recursos de que tratan los literales a y b del presente artículo.

- d) Los recursos del sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población pobre, que no es elegible para pertenecer al Régimen Contributivo.
- e) Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras, correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua, así como la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley
- f) los recursos de rentas cedidas de los territorios.
- g) La diferencia entre el porcentaje de UPC de obligatoria inversión en prestación efectiva de servicios de salud y la realmente causada por cada EAS que operen el Régimen Solidario en cada vigencia fiscal.
- h) El aporte de solidaridad del 15% por concepto de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud de que trata el artículo 99 de la presente ley.
- i) El aporte del 30% proveniente del valor de las pólizas suscritas por las Empresas administradoras del SOAT.
- j) Los excedentes provenientes de la liquidación de los contratos del antiguo régimen subsidiado.
- k) Los rendimientos financieros generados por los anteriores recursos.

PARÁGRAFO 1. Los recursos de que trata el presente artículo, se destinarán a financiar los subsidios para la prestación de los servicios de salud a la población no elegible para el Régimen Contributivo en los territorios. El Fondo de Solidaridad y Garantía asignará los recursos por Distrito, Municipio o Corregimiento Departamental con base en el número de afiliados de cada uno de ellos y el valor de la UPC del Régimen Solidario. Los recursos los ejecutará por cuenta de dichas entidades territoriales, sin situación de fondos, directamente del Fondo de Solidaridad y Garantía a las EAS.

PARÁGRAFO 2. Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional a la subcuenta de Solidaridad de subsidios en salud. Para definir el monto de las apropiaciones se tomará como base lo reportado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la Ley de presupuesto ajustado con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes. Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

ARTICULO 98. DE LOS APORTES DE RECURSOS PROPIOS DE LOS ENTES TERRITORIALES Las entidades territoriales que a la vigencia de la presente Ley, hubieren ampliado cobertura de la población pobre mediante subsidios a la demanda, con recursos propios o con recursos de capital, mantendrán la contratación y administración directa de estos, sin ser objeto de giro a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

En ningún caso podrá haber ampliación de cobertura, mientras no se garantice la continuidad de los recursos destinados a financiar a la población pobre mediante los subsidios a la demanda.

ARTICULO 99. DE LA SOLIDARIDAD DE LA MEDICINA PREPAGADA, LOS PLANES COMPLEMENTARIOS Y LAS PÓLIZAS DE SALUD. A partir de la vigencia de la presente ley, todo plan de medicina prepagada, plan complementario en salud y pólizas de salud, aportarán como solidaridad del sistema el 15% de su valor, el cual deberá ser girado por la entidad que expida el respectivo plan o seguro al FOSYGA, subcuenta de solidaridad.

ARTICULO 100. RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACION. Las cajas de compensación familiar destinarán el 15% de los recaudos del subsidio familiar que administran, para financiar el Régimen Solidario de subsidios en Salud.

Las cajas de compensación familiar podrán administrar directamente de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto, los recursos del Régimen Solidario de que trata el presente artículo. La caja que administre directamente estos recursos constituirá una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes.

Las cajas de compensación familiar que no cumplan los requisitos previstos en la reglamentación, deberán girar los recursos del subsidio a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.

PARÁGRAFO. A partir de la vigencia de la presente ley, el 55% que las cajas de compensación deben destinar al subsidio en dinero, se calculará sobre el saldo que queda después de deducir el 10% de gastos de administración, instalación y funcionamiento, la transferencia respectiva del fondo de subsidio familiar de vivienda, la reserva legal, el aporte a la superintendencia del subsidio familiar y la contribución a que hace referencia el presente artículo.

ARTÍCULO 101. RECURSOS DE LOS ENTES TERRITORIALES PARA LA FINANCIACIÓN A LA POBLACIÓN POBRE MEDIANTE SUBSIDIOS A LA DEMANDA. El artículo 48 de la ley 715 de 2001, quedará así:

“Artículo 48. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados para la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, a partir del año 2005, serán equivalentes al sesenta y nueve por ciento (69%) del total de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.

Los recursos que forman parte del Sistema General de Participaciones de las Entidades Territoriales asignados a este componente, serán distribuidos entre Distritos, Municipios y Corregimientos Departamentales.

Estos recursos se dividirán por el total de la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda, en la vigencia anterior. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre atendida mediante subsidios a la demanda en la vigencia anterior, en cada ente territorial. La población atendida para los efectos del presente cálculo, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución.

El resultado será la cuantía que corresponderá a cada Distrito, Municipio o Corregimiento Departamental.

El setenta por ciento (70%) de los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación del Sistema General de Participaciones en Salud, serán destinados a financiar los subsidios a la demanda.

Parágrafo 1°. Se entiende como población pobre beneficiaria de los subsidios a la demanda, aquella población sin capacidad de pago que no se encuentra afiliada al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los regímenes de excepción, de acuerdo con la metodología que defina el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. Los Corregimientos Departamentales de que trata este artículo, son aquellos pertenecientes a los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, en los cuales no existen municipios o en los que los corregimientos cumplen las funciones de municipios.

La población pobre atendida de estos Corregimientos Departamentales, hará parte del cálculo de los recursos de que trata el presente artículo y dichos recursos serán administrados por el departamento correspondiente.

ARTÍCULO 102. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. El artículo 49 de la ley 715 de 2001, quedará así:

“Artículo 49. Distribución de los recursos de la participación para la prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para el cálculo de los recursos del componente destinado a la prestación de los servicios de salud a la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se tomará el total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud en la respectiva vigencia y se le restarán los recursos liquidados para garantizar la financiación a la población pobre mediante

subsidios a la demanda y los recursos destinados a financiar acciones de salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social.

Para distribuir los recursos entre estas entidades territoriales, del monto total de los recursos para este componente, se descontará el valor de los aportes patronales de que trata el artículo 58 de la presente Ley y demás aportes parafiscales de la nómina y el saldo se distribuirá en proporción de la población afiliada al Régimen Subsidiado. No se podrá transferir recursos del Sistema General de Participaciones para el pago de aportes patronales de que trata el artículo 58 de la Ley 715 y demás aportes parafiscales de la nómina, montos superiores a los que se deben liquidar de conformidad con las disposiciones expedidas por el Gobierno Nacional en desarrollo de la ley marco de salarios y prestaciones.”

ARTÍCULO 103. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS PARA FINANCIAR LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA DEFINIDAS COMO PRIORITARIAS PARA EL PAÍS POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. El artículo 52 de la Ley 715 de 2001, quedará así:

“Artículo 52. Distribución de los recursos para financiar las acciones de Salud Pública definidas como prioridad para el país por el Ministerio de Salud. Los recursos para financiar las acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de la Protección Social, serán iguales a los asignados durante la vigencia anterior incrementados en la inflación causada y en el treinta por ciento (30%) de los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación del Sistema General de Participaciones en Salud y se distribuirán entre los distritos, municipios y corregimientos departamentales de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, de acuerdo con la sumatoria de los valores correspondientes a la aplicación de los criterios de población, equidad y eficiencia administrativa, definidos así:

52.1. Población por atender. Es la población total de cada entidad territorial certificada por el DANE para el respectivo año y se distribuirá entre los distritos, municipios y corregimientos de acuerdo con su población.

52.2. Equidad. Es el peso relativo que se asigna a cada entidad territorial, de acuerdo con su nivel de pobreza y los riesgos en salud pública.

52.3. Eficiencia administrativa. Es el mayor o menor cumplimiento en metas prioritarias de salud pública, medidas por indicadores trazadores.

Los recursos para financiar los eventos de salud pública, se distribuirán de acuerdo con los criterios antes señalados así: 40% por población por atender, 50% por equidad y 10% por eficiencia administrativa, entendiéndose que ésta existe, cuando se hayan logrado coberturas útiles de vacunación.

Los departamentos y el Distrito Capital recibirán el 45% de los recursos destinados a este componente, para financiar los eventos de salud pública de su competencia, para la operación y mantenimiento de los laboratorios de salud pública, y el 100% de los asignados a los corregimientos departamentales.

Los municipios y distritos recibirán el 55% de los recursos asignados a este componente, con excepción del Distrito Capital que recibirá el 100%.”

ARTICULO 104. DE LOS RECURSOS QUE FINANCIAN LA SALUD PUBLICA Las sumas correspondientes a los recursos que los departamentos, municipios y distritos deben destinar a la financiar la Salud pública con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de salud y las rentas cedidas, serán girados directamente por los entes correspondientes al FOSYGA.

Los recursos a los que se refiere el presente artículo se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las Entidades territoriales

ARTICULO 105. FINANCIACIÓN DE LA SUBCUENTA DE SALUD PÚBLICA DEL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. En esta cuenta concurrirán los siguientes recursos:

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud pública de que trata el artículo 52 de la Ley 715 de 2001.
- b) El Impuesto social a las armas de fuego y municiones de que trata el artículo 106 de la presente ley.
- c) El Aporte del Régimen Contributivo a las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente al 8% de las UPC efectivamente compensadas, el cual será manejado por el FOSYGA sin situación de fondos.
- d) El Aporte del Régimen Solidario a las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente al 8% de las UPC efectivamente contratadas, el cual será manejado por el FOSYGA sin situación de fondos.
- e) Recursos del Presupuesto Nacional para la compra de insumos necesarios para programas verticales nacionales como el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, y los programas de Tuberculosis, Malaria, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla, SIDA y los destinados a los programas de Inspección, vigilancia y control de factores de riesgo presentes en el ambiente que afecten la salud humana.
- f) **Siete puntos (7%) porcentuales de los recaudos efectivos realizados por las Administradoras de Riesgos Profesionales en la vigencia fiscal inmediatamente anterior.**
- g) Los rendimientos financieros generados por los anteriores recursos.

PARÁGRAFO. Las EAS y las ARP podrán incluir dentro del costo efectivo en salud causado, los puntos porcentuales de que trata los literales c y d del presente artículo.

ARTICULO 106. EL IMPUESTO SOCIAL A LAS ARMAS DE FUEGO Y MUNICIONES. A partir de la vigencia de la presente ley el impuesto social a las armas de fuego será equivalente al 20% de un salario mínimo mensual mientras que el impuesto social a las municiones y explosivos que se cobrará como un impuesto ad valorem tendrá una tasa del 10%.

ARTICULO 107. FINANCIAMIENTO DE LA SUBCUENTA DEL FONDO NACIONAL DE ASEGURAMIENTO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. La subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo se financiará con los siguientes recursos:

- a) El porcentaje de la UPC del Régimen Contributivo determinado por el CNSSS, que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Compensación.
- b) El porcentaje de la UPC del Régimen Solidario determinado por el CNSSS que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Solidaridad.
- c) Los rendimientos que produzca los citados recursos.

ARTICULO 108. FINANCIACIÓN DE LA SUBCUENTA DE RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO ECAT DEL FOSYGA. Esta subcuenta se financiará con el 30% proveniente de los recaudos por la venta de las pólizas SOAT, estos recursos se distribuirán así:

- a) 20% para la atención de eventos catastróficos y el cubrimiento de los faltantes por prestación de servicios médico-quirúrgicos a cargo de esta subcuenta, de acuerdo con las tarifas y los procedimientos de cobro y pago de estos servicios, reglamentados por el Gobierno Nacional.
- b) 10% con destino a cubrir la atención en salud de víctimas de accidentes causados por vehículos no identificados y para financiar programas de prevención vial.

ARTICULO 109. FINANCIACIÓN DE POBLACIÓN TRANSITORIA. A la Población en estado de transición a la Universalidad, le serán atendidas sus urgencias de manera integral, con cargo a los recursos para subsidio a la oferta de que habla el artículo 49 de la ley 715 con base en los siguientes lineamientos:

La red pública de servicios del Departamento la atenderá y presentará las facturas por la atención prestada ante el Fondo Departamental de Salud. El Gobierno Nacional establecerá las tarifas y forma de contratación y pago por la atención de esta población.

TITULO VI

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN NACIONAL DE SALUD - SIINS

ARTICULO 110. SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN NACIONAL DE SALUD- SIINS. Crease el Sistema Integrado de Información Nacional de Salud -SIINS, el cual operará con base en los siguientes objetivos y lineamientos:

- a) Articular a los diferentes agentes y actores que son fuentes de datos en un solo Sistema de Información para el sector Salud, el cual permita generar políticas, trazar estrategias, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral, facilitando de esta forma su desarrollo y funcionamiento
- b) Ser el soporte fundamental para el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral.
- c) Disponer en forma periódica y actualizada de información sobre la vinculación y afiliación de las personas en los diferentes regímenes que conforman el SSSSI, las acciones, procedimientos e intervenciones en salud recibidos por los usuarios, la historia clínica del afiliado, la información y el perfil epidemiológico de las poblaciones, los estándares e indicadores de la calidad de la atención, la satisfacción de los usuarios, las condiciones financieras y de infraestructura de las entidades del sector, monitorear a las EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS en cuanto a sus sistemas de costos y facturación, visualizar el estado y flujo de los recursos dentro de todos los estamentos del SSSSI.

ARTICULO 111. DE LOS AGENTES Y ACTORES DEL SIINS. Serán agentes y actores del SIINS los siguientes, El Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el INS, el INVIMA, el DNP, la DIAN, DANE, Registraduría Nacional del Estado Civil, la Superintendencia Nacional de Salud, el CNSSS, las Entidades Territoriales, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las ESA, Redes Integradas de Servicios, ESE, IPS, los equipos de medicina familiar y las demás que posean datos e información necesarios y útiles para el Sistema

ARTICULO 112. DEL FUNCIONAMIENTO DEL SIINS. El Sistema funcionará en un servidor central, mediante módulos por áreas definidas, las cuales se construirán como una base de datos única, desarrollada sobre una misma plataforma tecnológica, a la cual se ingresará tanto para el cargue como para acceder a la información contenida en él, mediante niveles de seguridad según sean los requerimientos de los agentes, actores y de sí mismo

ARTICULO 113. DE LOS MODULOS DE SIINS. El sistema contará como mínimo con los siguientes módulos:

- a) De Información Epidemiológica en Salud Pública
- b) De Vinculación y Afiliación al SSSSI
- c) De las Entidades Administradoras de Salud

- d) De las Redes Integradas de Servicios.
- e) Del Sistema Financiero en Salud.

ARTICULO 114. DE LAS FUENTES DE DATOS PARA LOS MODULOS. Los agentes y actores serán responsables del cargue de datos al SIINS por módulo así:

- a) De Información Epidemiológica en Salud Pública: El Ministerio de la Protección Social, el INS, las EAS, las Redes Integradas de Servicios, las IPS, las ESE y las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud.
- b) De Vinculación y Afiliación al SSSSI: La Registraduría Nacional del Estado Civil, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las EAS, los empleadores.
- c) De las Entidades Administradoras de Salud: El Ministerio de la Protección Social, el CNSSS, la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT y las EAS.
- d) De las Redes Integradas de Servicios. El Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las EAS, las ARP, las Administradoras del SOAT, los profesionales de la Salud, la recepción y atención del Usuario.
- e) Del Sistema Financiero en Salud. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el DNP, el CNSSS, la DIAN, las Entidades Territoriales, las EAS, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las Redes Integradas de Servicios, las IPS y las ESE.

ARTICULO 115. DEL ADMINISTRADOR DEL SISTEMA. La administración del Sistema estará en cabeza del Ministerio de la Protección Social, quien lo diseñará, implementará, articulará y será el responsable de la información contenida en él.

ARTICULO 116. DE LA OBLIGATORIEDAD DEL SIINS. Todo agente y actor que maneje datos e información necesaria para el adecuado funcionamiento del SIINS, debe suministrarla y si es su función, incorporarla. La omisión de lo anterior será considerada falta grave y como tal será sancionada en los términos que establezca el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

ARTICULO 117. DE LAS GARANTIAS DEL ESTADO PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SIINS. El Estado dispondrá los recursos, tecnología y capacitación necesaria, para la adecuada implementación del Sistema en los diferentes agentes y actores públicos involucrados en él. El sector privado será responsable de la consecución de recursos, tecnología y la capacitación que les corresponda para su integración al SIINS.

ARTICULO 118. FASES DE LA IMPLEMENTACION. Será prioritario el desarrollo de los módulos de Información Epidemiológica en Salud Pública y de Vinculación y Afiliación al SSSSI, para dicho efecto el Gobierno Nacional tendrá un plazo de seis meses. Para la implementación de los demás módulos el plazo será de un año a partir de la vigencia de la presente Ley.

TITULO VII

SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL

ARTÍCULO 119. SISTEMA DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL. Créase el sistema de Inspección, vigilancia y control como un conjunto de agentes normas y procesos, articulados entre sí, para permitir el ejercicio eficaz y eficiente de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector salud. El Órgano director de este sistema será la Superintendencia

Nacional de Salud la cual será un organismo adscrito a la Presidencia de la República, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

ARTICULO 120. DE LOS AGENTES Y ACTORES DEL SISTEMA Serán agentes y actores del Sistema los siguientes, El Ministerio de la Protección Social, el INS, el INVIMA, la Superintendencia Nacional de Salud, el CNSSS, las Entidades Territoriales, las Secretarías y Direcciones Territoriales de Salud, las ARP, las Administradoras del SOAT, las Cajas de Compensación Familiar, las EAS, Redes Integradas de Servicios, ESE, IPS, los equipos de medicina familiar, Los Comités de participación Comunitaria, las Asociaciones de Usuarios, las Organización de los trabajadores del Sector Salud, las Asociaciones de egresados, científicas, colegiaturas y tribunales de ética de las profesiones de la Salud, así como las auditorías, interventorías, oficinas de control interno, revisorías fiscales o quienes ejerzan sus funciones en las entidades del sector salud.

Lo anterior sin detrimento de las funciones de control que desarrollen los organismos de Control del Estado las cuales serán complementarias.

ARTICULO 121. FUNCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Adiciónese al artículo 7 del decreto 2165/92, las siguientes funciones:

- a) Articular los agentes, actores, normas, procesos, procedimientos y actuaciones que hacen parte del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control
- b) Desarrollar y aplicar la reglamentación del Sistema en los términos fijados por el Gobierno Nacional.
- c) Organizar y desarrollar el procedimiento de Habilitación y registro de Entidades Interventoras y Auditoras.
- d) Dar posesión a los revisores fiscales de las Entidades del Sector.
- e) Interrogar bajo juramento y con observancia de las formalidades previstas para esta clase de pruebas del código de procedimiento civil, a cualquier persona cuyo testimonio pueda resultar útil para el esclarecimiento de los hechos durante el desarrollo de sus funciones.
- f) En desarrollo de esta facultad podrá exigir la comparencia, haciendo uso de las medidas coercitivas que se consagran para este efecto en el código de procedimiento civil.
- g) Imponer a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia, administradores, empleados o revisor fiscal de las mismas, previa solicitud de explicaciones, multas sucesivas hasta de mil (1000) SMMLV a la fecha de la sanción cuando desobedezca las instrucciones u órdenes que imparta la Superintendencia Nacional de Salud.
- h) Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan de inmediato prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las correspondientes medidas correctivas y de saneamiento.
- i) Velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita a través de elementos de juicio claros y objetivos escoger las mejores opciones del mercado.
- j) Publicar u ordenar la publicación de los estados financieros e indicadores de las entidades sometidas a su control, en los que se demuestre la situación de cada una de estas y la del sector en su conjunto.
- k) Fijar las reglas generales que deban seguir las ESE en su contabilidad sin perjuicio de la autonomía reconocida a estas para escoger y utilizar métodos accesorios, siempre que estos no se opongan directa e indirectamente a las instrucciones generales impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- l) Practicar visitas de inspección a las entidades vigiladas con el fin de obtener un conocimiento de su situación financiera o de aspectos especiales que se requieran.
- m) Velar porque se realicen adecuadamente las provisiones en materia provisional y prestacional en las instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones de utilidad común que contraten con el estado.
- n) Inspeccionar y vigilar las EAS en los términos previstos en la presente ley y en las demás normas que regulan la estructura y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTICULO 122. REGLAMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL. El gobierno Nacional en un periodo no superior a tres (3) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley reglamentará el sistema de inspección, vigilancia y control de la seguridad social en Salud integral, tanto en lo colectivo como en lo individual.

ARTICULO 123. DIRECCIONES TERRITORIALES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL. La Superintendencia Nacional de Salud descentralizará y desconcentrará sus funciones de inspección, vigilancia y control; creando las direcciones respectivas en cada departamento o distrito, las cuales se financiarán con el 60% de los recursos establecidos en el artículo 98 de la ley 488 de 1.998, y demás recursos que determine la Superintendencia Nacional de Salud.

Las direcciones territoriales de inspección, vigilancia y control actuarán como primera instancia en los procesos administrativos desarrollados a las entidades vigiladas, quienes podrán acudir en segunda instancia ante el nivel central de la Superintendencia Nacional de Salud.

De igual forma la Superintendencia Nacional de Salud, apoyará sus actuaciones de inspección, vigilancia y control, en las Direcciones Municipales de Salud, las cuales aportarán la información necesaria y requerida, en forma oportuna a las Direcciones Territoriales de Inspección, Vigilancia y Control, contribuyendo a la eficacia del Sistema.

ARTICULO 124. INTERVENTORÍA Y AUDITORIA AL SISTEMA. A fin de contar con personas naturales o jurídicas idóneas para ejercer la interventoría y auditoría al SSSSI, se crea un procedimiento Único de Habilitación y registro de Entidades Interventoras y Auditoras, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud; el cual será requisito obligatorio para el cumplimiento de estos procesos dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud Integral.

ARTICULO 125. REVISORÍA FISCAL. Las EAS cualquiera sea su naturaleza, deberán tener un revisor fiscal designada por la asamblea general de accionistas, o por el órgano competente. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el libro II, título I, capítulo VII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto sin perjuicio de lo prescrito en otras normas.

Corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud dar posesión al Revisor fiscal de tales entidades. Cuando la designación recaiga en una asociación o firma de contadores, la diligencia de posesión procederá con relación al contador público que sea designado por la misma para ejercer las funciones de revisor fiscal. La posesión solo se efectuará una vez el Superintendente se cerciore acerca del carácter, la idoneidad y la experiencia del mismo.

Las Redes Integradas de Servicios e IPS deberán contar con un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas o socios o por la Junta Directiva en el caso de las Empresas Sociales del Estado.

PARÁGRAFO. Para la inscripción en el registro mercantil del nombramiento de los revisores fiscales, se exigirá por parte de las Cámaras de Comercio copia de la correspondiente acta de posesión del revisor fiscal.

ARTICULO 126. CONTROL INTERNO. Las entidades públicas del Sistema están obligadas a desarrollar el Sistema de Control Interno y alcanzar los objetivos del mismo establecidos en la Ley 87 de 1993, no obstante las entidades privadas deberán contar con sistemas de control y autocontrol de acuerdo a su naturaleza.

ARTICULO 127. CONTROL SOCIAL. Sin perjuicio de los demás mecanismos de control y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de la prestación de los servicios por parte de EAS, Redes Integradas de Servicios e IPS, será objeto de control de las veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social para tal efecto.

Los Colegios y asociaciones de Profesionales de la Salud, así como los Sindicatos del Sector Salud y de la Seguridad Social podrán ejercer control social y técnico a las políticas, programas, recursos y entidades del Sistema.

TITULO VIII

LA TRANSICION DEL SISTEMA

ARTICULO 128. RÉGIMEN DE TRANSICIÓN. El Sistema de Seguridad Social en Salud Integral con todas las entidades y elementos que lo conforman tendrá un plazo máximo de un año, contado a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, para adecuar su funcionamiento, salvo los plazos expresamente señalados en la presente Ley.

ARTICULO 129. VIGENCIA. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular lo establecido en el Libro II de la Ley 100 de 1993.

De los Honorables Congresistas,

LUIS CARLOS AVELLANEDA T

BERNARDO ALEJANDRO GUERRA

ANTONIO JAVIER PEÑALOSA.

PIEDAD CORDOBA R.

CARLOS GAVIRIA DIAZ

HERMINSUL SINISTERRA S

VENUS ALBEIRO SILVA

WILSON ALFONSO BORJA D

EXPOSICION DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY No: 19

“POR LA CUAL SE REFORMA EL LIBRO SEGUNDO DE LA LEY 100 DE 1993 Y SE CONSTITUYE EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD INTEGRAL”

INTRODUCCION

Colombia es un Estado Social de derecho según lo consagrado en el artículo primero de la Constitución Nacional. Siendo la atención en salud un servicio público a cargo del Estado, por lo que este debe garantizar su acceso a todas las personas en los niveles de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, bajo los principios de Universalidad, solidaridad y eficiencia, establecidos en el artículo cuarenta y ocho de la Carta Política.

Dichos principios, a pesar del esfuerzo normativo y de su desarrollo, adelantado a lo largo de la última década, no han logrado su cabal consolidación, situación que se evidencia al analizar diferentes aspectos y factores que señalan la existencia de problemas estructurales, que han desviado el alcance de los objetivos propuestos por los legisladores en su momento.

En una fase crítica desde los puntos de vista económico, político y en especial en lo social, como la que vive Colombia, se hace necesario repensar los ideales, alternativas y posibilidades de cambio que le brinden un viraje a nuestra sociedad, para el alcance de niveles de desarrollo que involucren una mayor justicia y redistribución de la riqueza dentro de los habitantes del territorio Nacional.

En esta búsqueda, la Seguridad Social en Salud es un componente que no debe ser observado desde una visión reduccionista, sino de una manera integral donde el ser humano sea el centro, origen y fin, de todos los procesos e intervenciones que se desarrollen en el camino de la obtención de una vida plena.

ANÁLISIS SECTORIAL

A. SALUD PÚBLICA

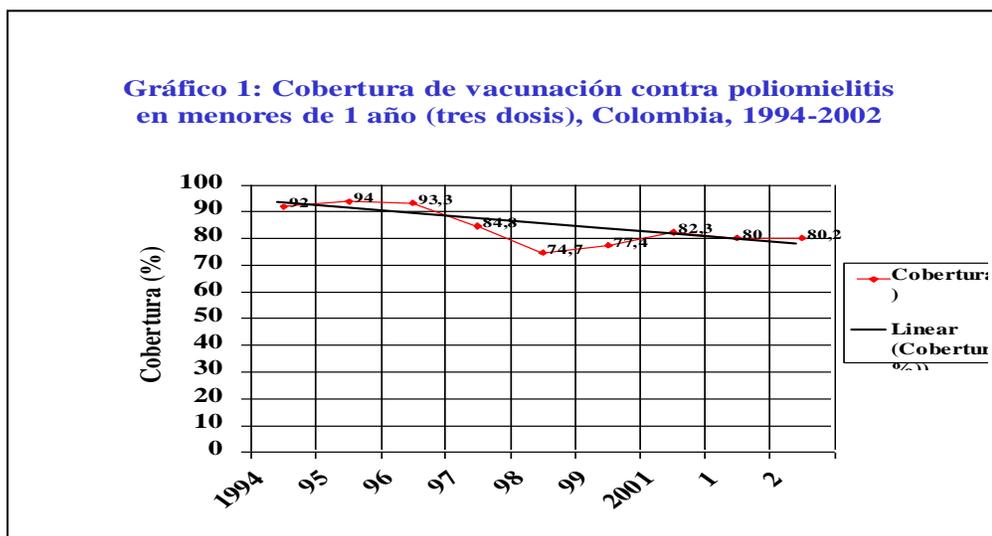
La reforma a la seguridad social de 1993 se estableció sin tratar de manera articulada y adecuada la salud pública, por lo cual su reglamentación y contenidos carecen de instrumentos y conceptos indispensables para garantizarla. Al revisar el artículo 152 de la ley 100 de 1993, se encuentra que la salud pública queda excluida de su ámbito dejando su contexto legal a las disposiciones contenidas en las leyes 9 de 1979 y 60 de 1993. No obstante y contradictoriamente el artículo 165 de la misma ley, adopta el Plan de Atención Básica (PAB), constituido por aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad y a los individuos con altas externalidades.

Esto ha llevado a incongruencias tales como:

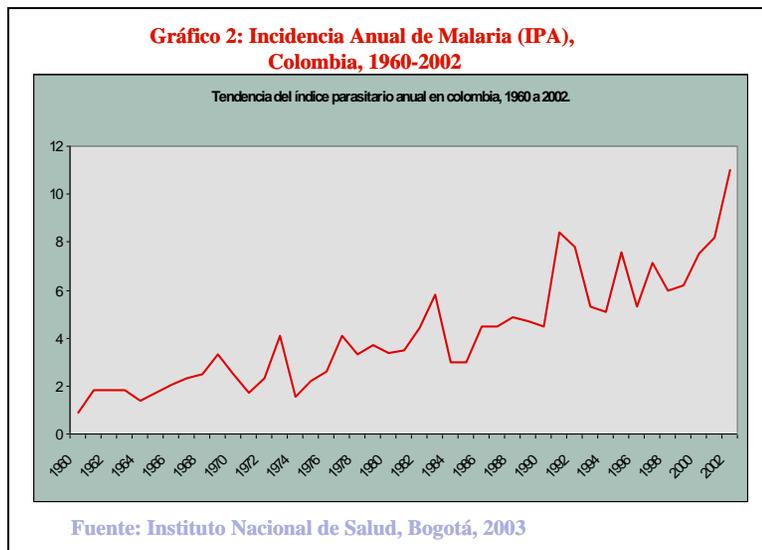
1. La inexistencia de una política de salud pública; que fije claramente la responsabilidad del Estado, en esta materia.
2. El ahondamiento en la desarticulación y desconocimiento en lo referente a este campo, por causa del deficiente desarrollo reglamentario y operativo de los conceptos relacionados con la salud pública.
3. La ley 9 de 1979, siendo el pilar central de la salud pública, no ha sido objeto de actualización y revisión, lo que es una muestra mas de la indiferencia estatal hacia este tema.
4. No existe un orden adecuado de acciones en salud pública, que corresponda a criterios claros y uniformes, que identifiquen y diferencien las necesidades de la población tanto desde el punto de vista del individuo como de la colectividad.
5. La investigación en los diferentes aspectos, relacionados con el campo de la salud es insuficiente y no hace parte de una política específica al respecto.
6. Se han reducido y desmontado equipos con recursos físicos, financieros, logísticos y con talento humano capacitado en el área.
7. Se ha perdido la capacidad tanto investigativa como operativa para la producción de biológicos y sueros por parte del Instituto Nacional de Salud.

Lo anterior se evidencia al observar los siguientes resultados:

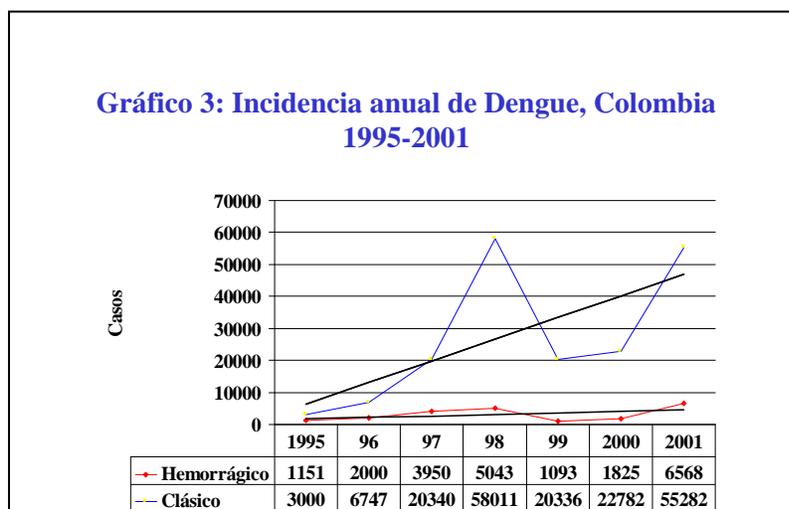
- Las bajas coberturas en vacunación, presentadas en el periodo comprendido entre los años 1997 al 2002.



- La incidencia de la Malaria en el País; la que aunque desde la década de los 60, ha venido en incremento, esta se acentúa a partir de 1998, como se observa en la grafica siguiente.



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



Los anteriores aspectos nos dan una rápida visión de algunos indicadores de los muchos que comprende la salud pública, cuya negativa evolución ha sido consecuencia de la desarticulación de políticas y actores, que para el caso de la ley 100 debían de haber sido adelantadas fundamentalmente en dos niveles, en primer término los gobernadores y alcaldes mediante la formulación de los PAB departamentales y municipales, situación no dada de forma adecuada, si se tiene en cuenta que estos lo desarrollaron sin ningún tipo de orientación estratégica, ni técnica y en segundo termino las EPS, ARS e IPS, las cuales en la mayoría de los casos dejaron de ejecutar los recursos que recibían vía UPC para dicho fin, o los aplicaban en acciones grupales de bajo impacto, con la intención de reportar coberturas que no las obligaran a la devolución de los recursos.

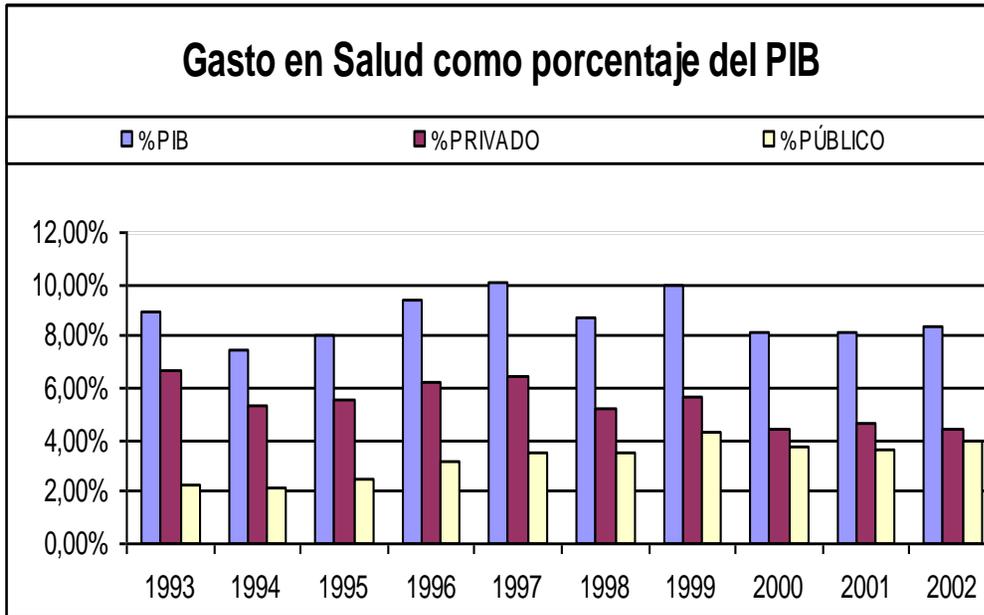
B. MODELO DE ASEGURAMIENTO Y FINANCIAMIENTO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, contempló el alcanzar una meta de universalidad en su cobertura para el 31 de diciembre de 2000, la cual no fue lograda y por el contrario una década después los niveles de cobertura del país, sumados tanto el Régimen Contributivo como el Régimen Subsidiado, no alcanza a ser del 55%, como se muestra en la siguiente tabla

CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	NO AFILIADOS	TOTAL
12.916.230	11.781.720	19.828.727	44.526.677
29%	26%	45%	100%

Fuente DANE

Lo anterior se hace más preocupante si se tiene en cuenta que los recursos públicos destinados al sector salud, se han venido incrementando de manera mas acentuada a partir del año 1993, pasando de un 2% a un 4% del PIB, lo que refleja un incremento de un 100% en 9 años, situación que se observa en el



Fuente DNP

Gráfica 4

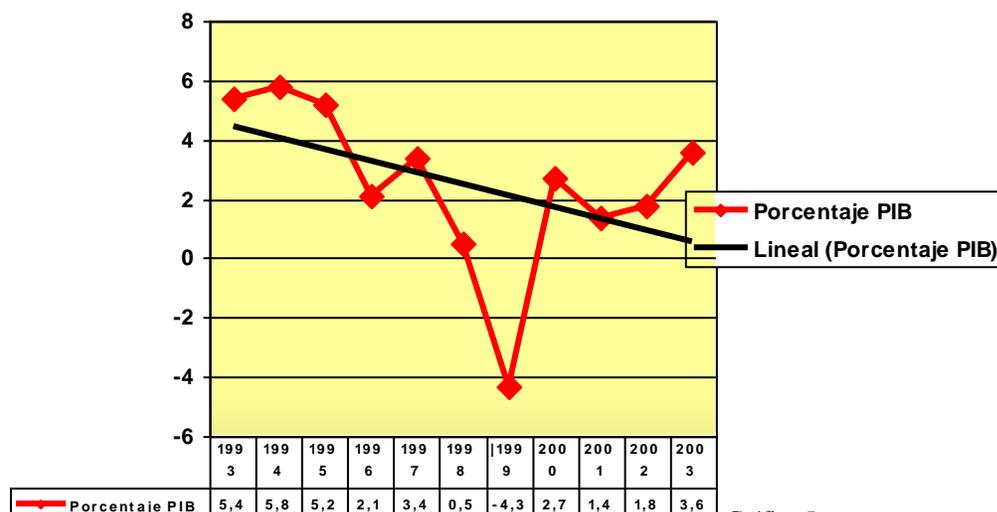
Esta fuerte tendencia es mas evidente, cuando se compara con el crecimiento de estos mismos recursos en el periodo comprendido entre los años 1987 a 1993, donde se pasó de 1.1 a 1.4% del PIB, lo que correspondió a un incremento del 33%.

GASTO EN SALUD COMO % DEL PIB PERIODO 1987 -1993

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

Adicionalmente se observa que los recursos privados, invertidos en el sector salud son altamente sensibles al comportamiento de la economía, reflejada en el PIB del país, lo que se hace evidente al correlacionar estas dos variables especialmente en el periodo comprendido entre 1998 a 2002; por el contrario los recursos públicos, destinados a la salud, no fueron afectados en igual proporción en el periodo mencionado siendo su comportamiento constante (Ver gráficas 4 y 5).

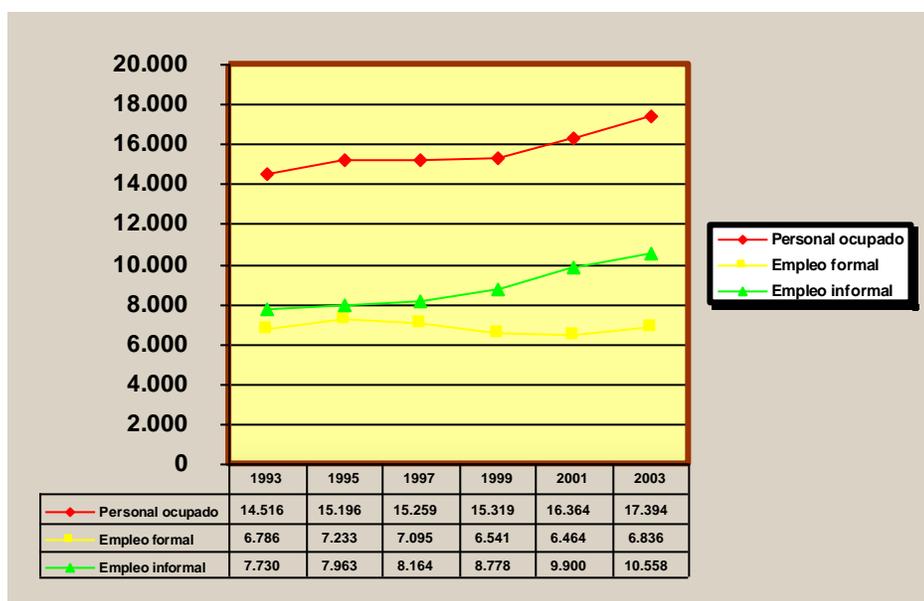
CRECIMIENTO DEL PIB PERIODO 1993 - 2003



Gráfica 5

Por otra parte la dinámica financiera, contemplada para dar flujo de recursos al Régimen Subsidiado, se fundamenta en dos fuentes básicas, la primera, las transferencias de la Nación a los municipios, por el denominado Sistema General de Participaciones y la segunda los aportes de solidaridad, del Régimen Contributivo; esta segunda fuente se ve afectada, si se tiene en cuenta el proceso de informalización de la economía, el cual ha llevado a un incremento de la población denominada vinculada, que no es objeto actualmente de subsidios, ni tiene capacidad adquisitiva para cotizar por 1.5 SMMLV como por obligatoriedad lo establece la norma; lo anterior adicionado a que muchos patronos evaden sus aportes, mediante el empleo de figuras contractuales diferentes a la relación laboral, lo que a llevado a una fuerte elusión y evasión de aportes dentro del Sistema, que en estimativos conservadores la ubican en una cifra que oscila entre el 36 y 49% del recaudo total; esto hace que el Sistema se debilite financieramente y no tenga capacidad de reacción adecuada a las realidades sociales que enfrenta el país. Como elemento soporte a este enunciado, se anexan las gráficas del comportamiento del empleo, en el periodo comprendido entre los años 1993 al 2003.

EVOLUCION DEL EMPLEO



Gráfica 6

En la anterior gráfica se observa que aunque el personal ocupado ha tenido un incremento, en el periodo comprendido entre 1993 a 2002, este se debe al crecimiento del empleo informal y no al formal, el cual ha tenido un comportamiento constante

SUBEMPLEO Y TEMPORALIDAD

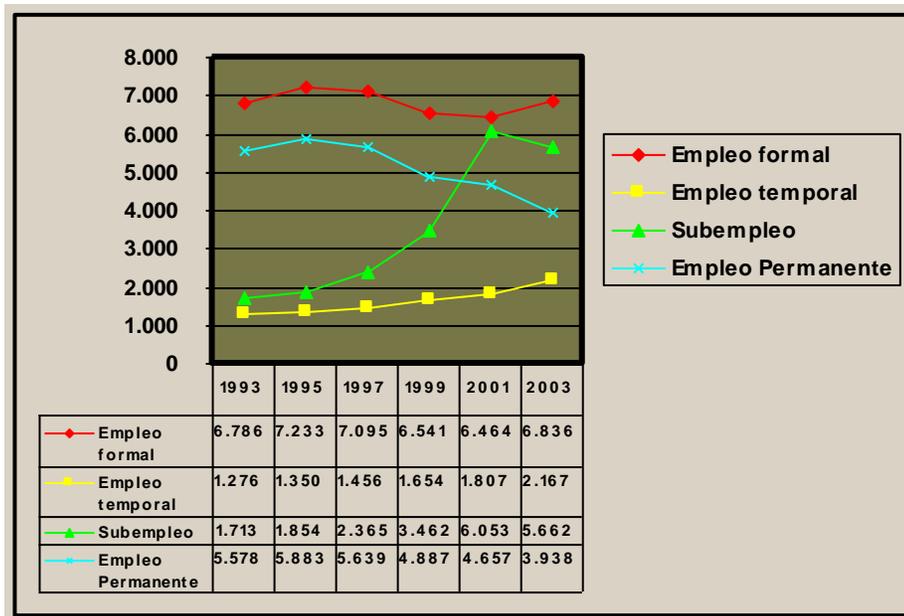


Gráfico 7

En el gráfico 7 se observa como el subempleo ha tenido un incremento de cerca del 500% en la última década, el empleo temporal se ha elevado en un 100%, mientras que por el contrario el empleo permanente ha decrecido en un 30%.

Una vez analizados las variables macro del sistema se procede a revisar las dinámicas micro, sobre las que opera. Se inicia por dar una revisión al Régimen Contributivo, el cual se financia en su totalidad por los aportes de patronos, trabajadores, pensionados e independientes con capacidad de pago, es decir recursos generados en su mayoría en la economía formal.

La regulación estatal, en el Régimen Contributivo, ha sido muy errática y casi inexistente en el tema de los mercados de aseguramiento; en esta liberalidad, en mercados donde se conoce que existen asimetrías de información muy importantes, el Estado, en el largo plazo, terminará pagando con el valor de rescate o liquidación de los “aseguradores” públicos.

En este aspecto la primera observación a este régimen es su falta de desarrollo para la incorporación de población independiente con capacidad de pago. Esto dado por factores, como las estrategias comerciales de las EPS, las cuales acuden a barreras sutiles de acceso, tales como solicitar soportes contables para la presunción de ingresos del potencial afiliado o impedir que la afiliación la realice su fuerza comercial. Un segundo factor relevante son las normas vigentes, las que a pesar de haber reducido la base de cotización para la afiliación, solo permiten acceder a este beneficio a agrupaciones conformadas con dicho fin, lo que termina convirtiéndose en una nueva barrera de acceso.

Otro aspecto a analizar en este Régimen, es el desarrollo de infraestructuras para la prestación de servicios, en instalaciones propias de las EPS, lo que lleva a una integración vertical entre administradores y prestadores, generándose economías de escala y posiciones dominantes en el mercado, que benefician a los propietarios de las mismas y no a la población, quien debe ser el objetivo real del sistema. Esta integración ha sido facilitada por la inexistencia de regulaciones sobre la inversión de recursos provenientes de las UPC compensadas en la construcción de la Red, así como de la inexistencia de topes máximos de administración.

Lo anterior ha conducido a que las EPS, busquen optimizar sus utilidades a costa principalmente de la calidad de la atención brindada, tanto por ellas como por las IPS, contratando a estas en condiciones de desventaja y retrasando los pagos, lo que a su vez repercute sobre las condiciones laborales y del ejercicio profesional del personal directamente involucrado en la prestación del servicio.

Esto ha llevado al crecimiento exponencial de algunas EPS, lo que ha concentrado la participación del mercado en cuatro de ellas: SALUDCOOP, COOMEVA, SUSALUD y SALUD TOTAL, quienes concentran mas del 50% del ingreso total del sector, situación que se agudiza mas, si se tiene en cuenta que la quinta EPS en la lista es CAFESALUD, la cual fue adquirida por el grupo SALUDCOOP.

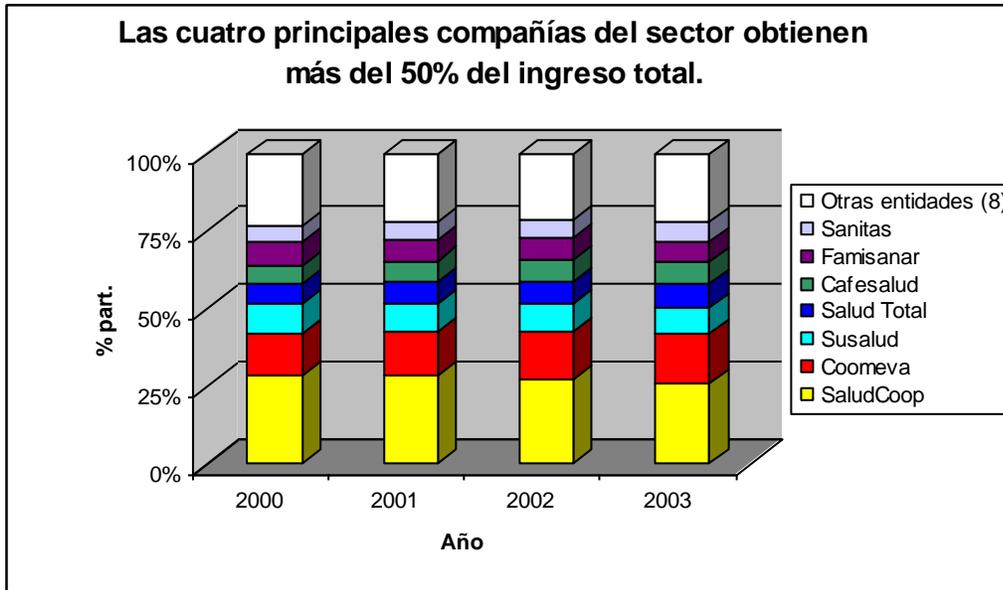


Gráfico 8

Por otro parte, el estudio del impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia, adelantado por el CENDEX de la Universidad Javeriana, indica que hay una diferencia alta entre la cobertura económica del contributivo y el valor de la UPC media. Este resultado indica la necesidad de una revisión de las bases de cálculo de la UPC del contributivo, especialmente en los ponderadores de los factores de compensación, los cuales aparecen muy altos en algunos grupos etáreos. lo anterior sumado a que los costos de transacción en el contributivo tienden a ser más elevados, dado que su costo administrativo es superior al registrado en el Régimen Subsidiado, ya que el valor por nómina y comisiones de su fuerza comercial, han tendido a transformarse en un costo fijo muy representativo.

En lo referente al Régimen Subsidiado la composición de los recursos que lo financian se discrimina en el siguiente gráfico.

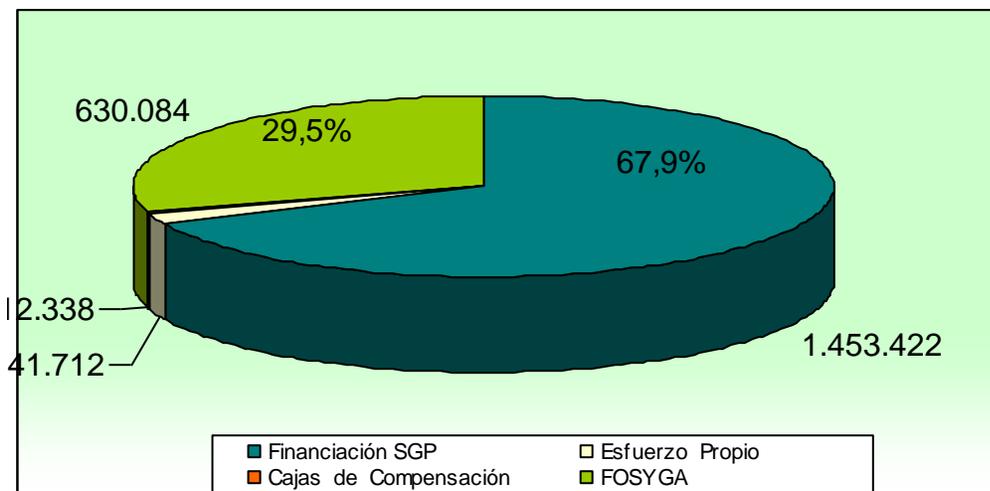


Gráfico 9

Las dinámicas de flujo de estos recursos, desde el nivel central hasta llegar a los prestadores se ven afectadas, dado que los dineros deben ser girados en un primer paso, desde el nivel central o Departamental a los municipios, para luego ser pagados los contratos de administración a las ARS, las que por su parte deben pagar a los prestadores previa presentación de las cuentas, este proceso, en el mejor de los casos, tarda un periodo de 60 días, cuyo costo financiero recae sobre el prestador, quien replica estas tardanzas sobre el personal que labora en ellas; es decir que se puede concluir que el Asegurador se apalanca financieramente sobre el prestador, lo que es perverso para la calidad de la atención en el sistema, al convertirse el usuario en la víctima final de la cadena.

Flujo de Recursos

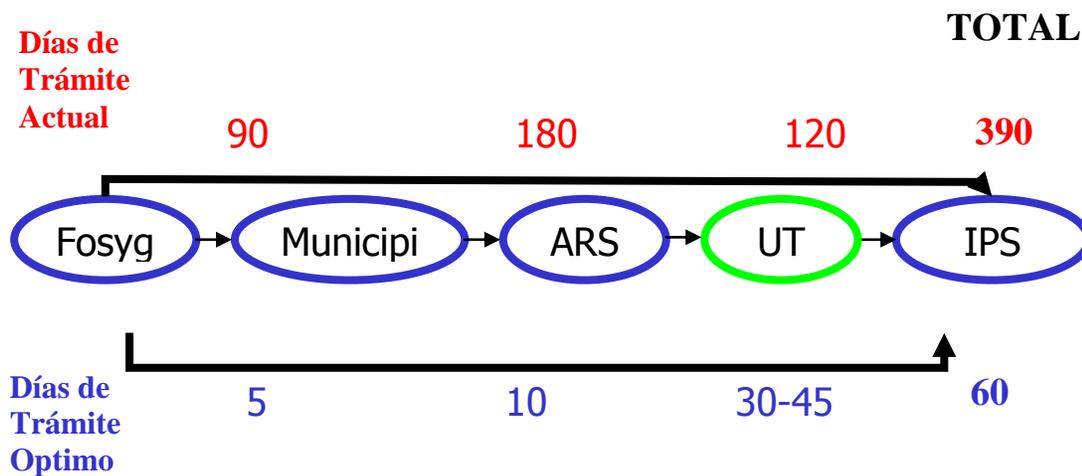


Gráfico 10

Esta dinámica perversa no tiene justificación, si se tiene en cuenta que las finanzas que sustenta el Régimen son sanas, lo que se observa al revisar el comportamiento de los excedentes de las diferentes subcuentas del FOSYGA, donde se ve que todas han registrado superávit en los últimos cuatro años, con tendencia al alza en tres de ellas, siendo la excepción solamente la de Promoción y Prevención.

AÑOS →	2000	2001	2002	2003 Octubre
SUBCUENTA ↓				
COMPENSACIÓN	216.567	140.297	423.530	596.355

SOLIDARIDAD	412.655	616.883	802.477	1.143.675
PROMOCION	137.801	178.932	111.241	95.453
ECAT	186.597	193.177	254.289	351.041
TOTAL	993.620	1,129.289	1.591.537	2.186.524

Sin embargo estos excedentes no han sido revertidos en el fortalecimiento del sistema, sino que por el contrario, su destinación ha sido la inversión principalmente en títulos y bonos que financian al estado central y en el peor de los casos a particulares. La distribución de estas inversiones se discrimina en la siguiente tabla

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

La tabla refleja como estas inversiones se incrementaron en solo el bimestre septiembre - octubre de 2003 en un 4,3%.

Adicionalmente cuando se analiza donde están aplicados los recursos, se encuentra que el portafolio de inversión beneficia en un 22,94% a los bancos y corporaciones privadas, el 73,05 a instituciones públicas de fines diferentes al sector salud, dejando solo el 4,01% en disponibilidad de caja.

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

Por otra parte, una vez los recursos son girados a los municipios, estos no proceden a dar pago oportuno a las ARS con las que tienen contrato. Lo anterior por motivos que van desde hacer manejo financiero de los mismos, hasta facilitar procesos de corrupción concertados con prestadores y aseguradores, tales como el pago a los Alcaldes por parte de las ARS, para trasladar usuarios a favor de ellas, cobros de UPC por afiliados inexistentes y carnés no entregados, pagos por parte de las IPS a las ARS para que sean contratadas dentro de su red de servicios, incorporación de personas con capacidad de pago dentro de los contratos del Régimen Subsidiado, politiquería con los cupos de ingresos a las ARS, cobro de vacunas por parte de los actores armados a las ARS y Alcaldes, creación de IPS ficticias o que no cumplen con los estándares de habilitación, con el objeto de desviar recursos a favor de particulares, entre otras prácticas. Como evidencia de la tardanza mencionada atrás se anexa tabla que resume el estado de cartera de los entes territoriales con las ESS a 31 de Diciembre de 2003, donde se observa que un porcentaje importante de la cartera corresponde a deudas de contratos de vigencias anteriores, es decir liquidados o en proceso de liquidación.

ESTADO DE LAS CUENTAS POR COBRAR DE LAS ESS A 31 DE DIC DE 2003	
Deuda Total Registrada a 31 de Dic de 2003	\$ 311.726.981.458
Deuda Total de Contratos Vigentes	\$ 93.976.684.700
Deuda Total de Contratos de Vigencias Anteriores	\$ 107.821.027.714

Deuda Total de Contratos de Vigencias Anteriores mayor a 360 días	\$ 35.000.000.000
Deuda de Contratos Vigentes aun sin mora	\$ 109.929.269.044

Fuente Gestar Salud

Estas tardanzas en los pagos a las ARS, se traducen en buena parte de los casos, en moras en la cancelación de los servicios prestados por las IPS, lo que incluye perversos mecanismos de glosas arbitrarias de las cuentas, que ha dado lugar a la instauración de una “cultura de no pago” en el SGSSS que explica, principalmente, el colapso de la red hospitalaria contratada para la prestación del POS-S, lo que se refleja en las cifras contenidas en el siguiente cuadro.

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

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

* Septiembre 30 de 2002

A su vez, esta crisis financiera que afrontan las IPS se refleja en la reducción de los salarios percibidos por las profesiones y ocupaciones del sector salud, disminución mas marcada en las instituciones privadas, donde la flexibilidad laboral, permite con mayor facilidad el explorar modalidades de contratación perversas para el personal, como el no reconocimiento de prestaciones y la tercerización de su contratación, en el cuadro anexo se hace un comparativo por cargos, de las diferencias de ingresos en los dos sectores y el promedio salarial correspondiente.

Item	CARGO	INSTITUCION PUBLICA	INSTITUCION PRIVADA	PROMEDIO SALARIAL
1	Administrador profesional	1.570.016	1.498.501	1.534.259
2	Auxiliar	530.439	491.895	511.167

	Administrativo			
3	Auxiliar de Enfermería	606.555	506.535	556.545
4	Auxiliar Odontología	572.234	496.778	434.506
5	Auxiliar Laboratorio Clínico	522.576	310.647	416.611
6	Bacteriólogo	1.224.688	753.933	989.311
7	Enfermera	1.155.981	944.186	1.050.083
8	Medico Cirujano	1.654.679	1.643.708	1.649.194
9	Nutricionista	1.023.180	837.040	930.110
10	Odontólogo	1.394.151	1.196.304	1.295.227
11	Fonoaudiologa	848.918	1.645.461	1.245.690
12	Terapista Física	864.203	871.000	867.601
13	Terapista Ocupacional	1.030.832	792.567	911.700
14	Terapista Respiratoria	814.095	805.997	810.046
15	Promotor de Salud	474.169	488.634	481.402
	TOTAL	952.448	885.546	912.230

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

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

Por otra parte, el sistema no ha podido solucionar la atención en salud para la denominada población vinculada, la cual hace gasto de bolsillo para satisfacer sus necesidades de servicios de salud, por un monto cercano a los 2 billones de pesos, recursos que el estado podría institucionalizar, mediante estrategias claras que fortalezcan la afiliación al Régimen Contributivo, por medio de la reducción de la elusión y la evasión y facilitando el acceso a amplios grupos poblacionales, mediante la afiliación con un ingreso base de cotización desde un salario mínimo mensual legal vigente, gracias a la generación de una solidaridad interna dentro del proceso de compensación, lo que reduce de manera substancial el riesgo de cartera en mora que podría tener un sistema basado en subsidios parciales y operado desde el Régimen Subsidiado.

C. ALTO COSTO

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

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

Por este motivo, se hace necesario el establecer un mecanismo que corrija estas asimetrías y que permita la viabilidad financiera de los diferentes actores del sistema y a su vez impedir la generación de barreras de acceso a poblaciones que presenten patologías de alto costo.

D. PRESTACION DE LOS SERVICIOS

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

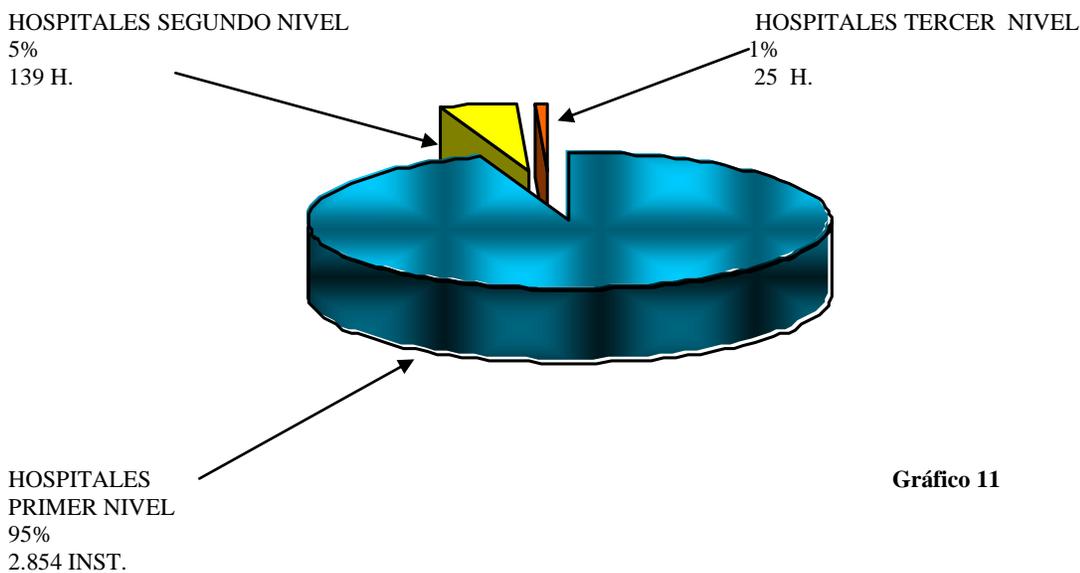


Gráfico 11

Lo anterior es agravado, si se tiene en cuenta que la Ley 100 de 1993 no contempla ningún tipo de limitante a la integración vertical, entre asegurador y prestador, favoreciendo las posiciones de monopolio de estos.

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

Con el objetivo de dar solución a esta problemática, se deben explorar modelos de integración de las IPS's en redes que permitan el aprovechamiento de la estructura, la generación de economías de escala y el facilitamiento de los procesos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención.

Finalmente, se deben establecer regulaciones claras a la integración vertical entre aseguradores y prestadores, mediante el establecimiento de porcentajes máximos de contratación con dicha red y la prohibición explícita de invertir recursos generados por la UPC's contratadas, en la construcción de nuevas estructuras.

E. VIGILANCIA Y CONTROL

La Superintendencia Nacional de Salud no ha podido responder con oportunidad ni eficiencia, para resolver diferentes situaciones de violación de derechos a los afiliados, fallas en la prestación de los servicios, corrupción dentro y entre los actores del sistema, moras en los pagos, etc, dado que se encuentra centralizada y con una baja capacidad operativa, lo que dificulta su accionar, sumado a su calidad de organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social, convirtiéndose indirectamente en juez y parte dentro del sistema.

Por otra parte aunque tiene la potestad legal de transferir a las Secretarías de Salud funciones de vigilancia y control, esto no se ha realizado, mas si se tiene en cuenta que no ha desarrollado un real sistema de inspección, vigilancia y control que articule a los actores y que permita el desarrollo de un ágil modelo de desconcentración de funciones.

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

F. SISTEMA DE INFORMACION

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

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

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

Uno de los aspectos mas relevantes y prácticamente abandonado en la búsqueda del desarrollo de un sistema de información es el epidemiológico, lo que demuestra el desgüeño y desinterés del gobierno nacional hacia la salud pública de los habitantes del territorio nacional, lo que ha sido un elemento facilitador para la aparición de enfermedades que se creían controladas, al no existir un sistema que permita disparar las alarmas de manera oportuna, cuando existen brotes locales o se presenten reducciones en indicadores importantes como el porcentaje de vacunación.

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

PROPUESTAS DE SOLUCION

Por todos estos aspectos analizados, se hace necesario transformar el sistema General de Seguridad Social en salud, establecido en el libro segundo de la ley 100 de 1993, por el **Sistema de Seguridad Social en Salud Integral – SSSSI**, con el objetivo de cumplir con los preceptos constitucionales consagrados en la Carta Magna, para lo cual se plantean las siguientes modificaciones con sus objetivos y estrategias:

A. SALUD PÚBLICA

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

- Transformar la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA en la denominada subcuenta de Salud Pública Colectiva
- Financiar la mencionada subcuenta con aporte de las denominadas Entidades Administradoras de Salud – EAS, que operen el Régimen Contributivo y el Régimen Solidario.
- Trasladar sin situación de fondos recursos de los municipios y departamentos, provenientes del SGP, destinados a Salud Pública, a la subcuenta de Salud Pública Colectiva del FOSYGA.
- Incrementar los aportes por concepto de compra de armas de fuego, explosivos y municiones.
- Trasladar por parte de las ARP el siete por ciento de sus recaudos totales a esta subcuenta.
- Tomar como estrategia de intervención comunitaria y aplicación de estos recursos., un modelo de atención de equipos de salud familiar.
- Transformar el INS, en una empresa industrial y comercial del Estado, con capacidad productora de medicamentos, biológicos, sueros, reactivos y demás elementos afines a su objeto social.

B. UNIVERSALIZACION DE LA COBERTURA

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

- Consolidación de todas las fuentes de recursos que financian el SSSSI, en las diferentes subcuentas del FOSYGA
- Cambiar de un modelo de aseguramiento a un modelo de administración en salud
- Transformar el Régimen Subsidiado en el Régimen Solidario.
- Transformar las EPS y ARS, en Entidades Administradoras de Salud – EAS, cuya naturaleza es ser empresas sin ánimo de lucro, de origen público, privado o mixto.
- Establecer un margen de administración, para las entidades que operen tanto en el Régimen Contributivo como en el Solidario.
- Reingresar a las subcuentas de solidaridad o compensación, los recursos que las EAS que operen el Régimen Contributivo como el Solidario no inviertan en la prestación efectiva de servicios de salud.
- Aplicar el principio de solidaridad a la Medicina Prepagada, planes complementarios y pólizas de salud, mediante aportes a la subcuenta de solidaridad.
- Modificar las proporciones de los recursos para subsidios a la demanda y subsidios a la oferta del Sistema General de Participaciones, establecidos en los artículos 48 y 49 de la ley 715 de 2001.
- Reducir la elusión y evasión y aumentar la afiliación al Régimen Contributivo, mediante la retención directa de los aportes de salud de los contratistas. Esta cotización que será del 12%, se distribuirá así: el 4% del valor contratado, por parte de las personas naturales y jurídicas contratistas, y el 8% restante a cargo del contratante.

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

C. METAS DE AFILIACION AL REGIMEN CONTRIBUTIVO

Con base en las estrategias planteadas, las metas de afiliación para el Régimen Contributivo son las contenidas en el siguiente cuadro, las cuales fueron calculadas teniendo como base la UPC promedio de dicho régimen, establecida en el Acuerdo 259 del CNSSS, la densidad familiar de 2.33 y el promedio salarial de 1.95 con el cual cotizan actualmente los afiliados, según estudio adelantado por la Fundación Corona en mayo de 2004.

TIPO AFILIACION	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	TOTAL AFILIADOS	VALOR UPC	COMPENSACION
Contributivo Actual	5.579.399	7.420.601	13.000.000	\$4.484.656.800.000	\$5.608.769.098.712
Contributivo Contratistas	1.480.687	1.969.314	3.450.001	\$1.190.159.164.931	\$1.488.481.336.368
R.égimenes Especiales	549.589	730.953	1.280.542	N.A.	N.A.
Contributivo Economía Informal.	1.500.000	1.995.000	3.495.000	\$1.205.682.732.000	\$773.280.000.000
TOTALES	9.109.675	12.115.868	21.225.543	\$6.880.498.696.931	\$7.870.530.435.080

D. METAS DE AFILIACION REGIMEN SOLIDARIO Y TRANSITORIO

Teniendo en cuenta el resultado proyectado de afiliados al Régimen Contributivo y partiendo de la base que la población Colombiana para el año 2005 se estima en 45 millones de habitantes y que por problemas de identificación un 10% de esta población no se podrá incorporar al Régimen Solidario de manera inmediata y que a esta se le atenderá el servicio de Urgencia como población transitoria a incorporarse al sistema; la meta de afiliación y su valor es la siguiente:

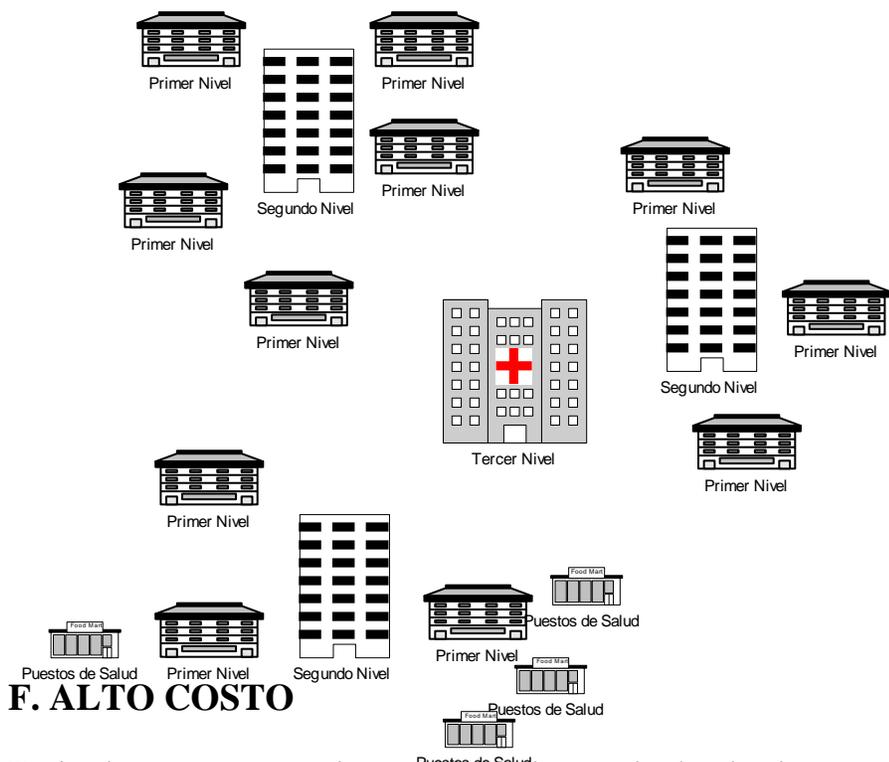
	AFILIADOS	VALOR UPC
REGIMEN SOLIDARIO	19.274.457	\$4.818.614.230.000
REGIMEN TRANSITORIO	4.500.000	\$180.000.000.000
TOTAL	23.774.457	\$4.998.614.230.000

E. PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el objetivo de lograr una optima y eficiente aplicación de los recursos físicos, humanos y financieros en la efectiva prestación de los servicios de salud, se plantea la integración de las actuales IPS's en las denominadas Redes Integradas de Servicios, con las cuales las EAS contratarán obligatoriamente el Plan de Atención Integral en Salud – PAIS-. De otra parte, para garantizar la digna contratación de estas redes al personal involucrado en la prestación del servicio se establecerá un

salario mínimo profesional y un manual de tarifas, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de las diferentes entidades del SSSSI.

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



Grafica 12

F. ALTO COSTO

Teniendo en cuenta que la atención de las patologías de alto costo se ha convertido en un elemento desequilibrante financieramente, para algunos actores del sistema y que en algunas ocasiones ha llevado a practicas de barreras de acceso para este tipo de pacientes, el presente proyecto propone la creación del Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades de Alto Costo – FEAC, como una quinta subcuenta, adscrita al FOSYGA cuya financiación estará dada por los siguientes recursos:

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

G. VIGILANCIA Y CONTROL

Una de las principales falencias diagnosticadas en el sistema actual es la débil presencia de las instancias de Vigilancia y Control, lo que ha permitido el abuso por parte de algunos actores de sus posiciones dominantes, dentro del sistema, es por ello que se propone la creación de un Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SSSSI, cuyo rector será la Superintendencia Nacional de Salud como órgano adscrito a la Presidencia de la Republica, con el fin de garantizarle un mayor grado de

independencia y operando de manera descentralizada, mediante la creación de Direcciones Departamentales y desconcentración a nivel Municipal gracias al apoyo que deberán brindar las Secretarías de Salud Municipales, lo que permite el cumplimiento de su objetivo.

H. FINANCIACION REGIMEN SOLIDARIO

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

FUENTES	VALORES
SOLIDARIDAD	\$655.877.536.257
Solidaridad Régimen Especial	\$73.084.482.417
CajasCompensaciónFamiliar	\$135.044.000.000
PARYPASU	\$864.006.018.674
S.G.P.	\$1.553.152.000.000
Oferta Transformada	\$700.000.000.000
OFERTA	\$190.000.000.000
Contribución Medicina.Prepagada.	\$165.500.452.050
RENTAS PROPIAS TERRITORIALES	\$400.000.000.000
SOAT 30%	\$135.000.000.000
Devolución No Invertido en Salud por las EAS.	\$300.000.000.000
TOTAL	\$5.171.664.489.397

I. METAS DE COBERTURA ESPERADAS

Con base en los cálculos estimados, la siguiente es la proyección de afiliación a lograr a 1 de enero de 2006.

REGIMENES	AFILIADOS	VALOR UPC	P Y P (8%)	ALTO COSTO (24%)	ADMON (3% Y 5%)
RC ACTUAL	13.000.000	\$4.484.656.800.000	\$358.772.544.000	\$1.076.317.632.000	\$224.232.840.000
RC CONTRAT.	3.450.001	\$1.190.159.164.931	\$95.212.733.195	\$285.638.199.584	\$59.507.958.247
R. ESPECIALES	1.280.542	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
R. ECON. INF.	3.495.000	\$1.205.682.732.000	\$96.454.618.560	\$289.363.855.680	\$60.284.136.600
R. SOLIDARIO	19.274.457	\$4.818.614.230.000	\$385.489.138.400	\$1.156.467.415.200	\$144.558.426.900
R. TRANSITORIO	4.500.000	\$180.000.000.000	N.A.	N.A.	N.A.
TOTAL	45.000.000	\$11.879.112.926.931	\$935.929.034.155	\$2.807.787.102.464	\$488.583.361.747

J. OPERACION MODELO DE SALUD PUBLICA COLECTIVA

El costo del programa, personal requerido, número de equipos necesarios a nivel nacional para el desarrollo del programa de salud pública colectiva por el modelo familiar, será el siguiente:

	ATENCION FAMILIAR
Población	45.000.000
Familias por grupo	800
Personas por grupo	3.200
N° R.H por equipo	8
N° Equipos	14.063
Total R.H.	112.500
Valor prom. equipo	\$130.000.000
Valor total	\$1.828.125.000.000

K. SISTEMA DE INFORMACION

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

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

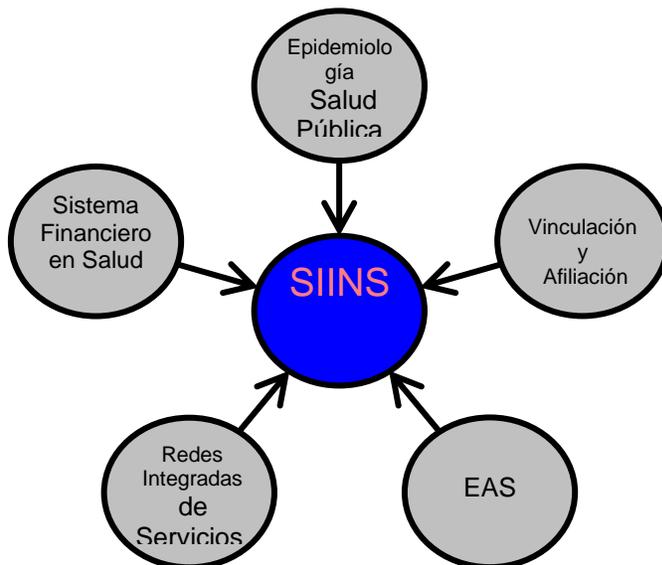


Gráfico 13

Por todo lo anterior, ponemos en consideración del Honorable Senado de la Republica el presente Proyecto de Ley, con la seguridad de que será aprobado por esta Honorable Corporación.

De los Honorables Congresistas,

LUIS CARLOS AVELLANEDA T

BERNARDO ALEJANDRO GUERRA

ANTONIO JAVIER PEÑALOSA.

PIEDAD CORDOBA R.

CARLOS GAVIRIA DIAZ

HERMINSUL SINISTERRA S

VENUS ALBEIRO SILVA

WILSON ALFONSO BORJA D