

PROYECTO DE LEY No. 31

“Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud”

El congreso de la República decreta: CAPITULO I NORMAS GENERALES

Artículo 1. Objeto.

La presente Ley modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud con los siguientes objetivos:

- a. Reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud bajo una misma operatividad para todos los regímenes y modalidades de afiliación y asegurarle una estructura que establezca las funciones y competencias de las instituciones involucradas.
- b. Reestructurar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- c. Lograr la universalidad en la cobertura mediante el aseguramiento y a través de este, el acceso real a los servicios de salud individuales o colectivos expresamente definidos en los Planes de Beneficios y en este contexto fortalecer el aseguramiento público.
- d. Desarrollar los mecanismos e instrumentos necesarios para el fortalecimiento y la ejecución de las políticas, planes y proyectos de la salud pública de forma integral y coherente.
- e. Reestructurar e implementar un sistema efectivo de vigilancia y control.
- f. Fortalecer y facilitar el Sistema de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- g. Determinar las políticas de formación, y desempeño del Recurso Humano del sector de la salud.
- h. Fortalecer la capacidad de rectoría, regulación y seguimiento del Ministerio de la Protección Social.

CAPITULO II DEFINICIONES

Artículo 2. Salud Pública.

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.

Para lograr la garantía efectiva de este derecho universal, la sociedad con la rectoría del estado y la participación organizada de todos los sectores debe desarrollar el conjunto tanto de conocimientos como de políticas requeridas para:

- a. La comprensión de los problemas que alteran el bienestar.
- b. La detección, prevención y control de las enfermedades.
- c. El acceso a los servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y problemas de la salud.
- d. El control de vectores y factores de riesgo ambientales para la salud.

Artículo 3. Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema General de Seguridad en Salud: Es el conjunto de mecanismos que se han establecido para garantizarle a toda la población un mejoramiento de la calidad de vida a través de la prestación de servicios y la implementación de acciones que se desarrollan para ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar los riesgos socioeconómicos y dar apoyo a las personas de escasos recursos económicos.

Artículo 4. Aseguramiento.

El aseguramiento en salud es el principal mecanismo que permite proteger la población de las contingencias que afectan su salud, garantizando un adecuado manejo del riesgo a todos los habitantes del territorio nacional mediante la provisión de un plan de beneficios preestablecido.

Artículo 5. Nuevo Régimen Subsidiado.

El Nuevo Régimen Subsidiado es el resultante de unificar los diversos sistemas de subsidios en salud, con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas.

Artículo 6. Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS será una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, administrada por fiducia pública, creada para agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de la Salud Pública Colectiva y el Nuevo Régimen Subsidiado a nivel nacional, con el objeto de permitir una verdadera equidad financiera en la asignación de los recursos públicos, agilizar los flujos financieros y hacer los procesos contractuales transparentes y expeditos.

Artículo 7. Del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud.

El Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud es una fiducia pública, para la protección y agilización del flujo de los recursos entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 8. Planes de Beneficios.

Los Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social son el conjunto de prestaciones asistenciales y económicas en salud que componen la atención integral a la población que incluye actividades de información, educación, promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Artículo 9. Redes de Prestación de Servicios.

Las redes de prestación de servicios serán alianzas integradas por entidades habilitadas de diferente nivel y tipo de servicios, ubicadas en un espacio poblacional definido que aseguren la prestación oportuna, integral y de calidad del Plan de Beneficios con el apoyo de normas operacionales, para una población determinada en un territorio contiguo.

Artículo 10. Sistema de Identificación Nacional de Usuarios – SINU.

El Sistema de Identificación Nacional de Usuarios – SINU es el sistema de registro de todos los nacionales y sus condiciones de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el de la Protección Social.

Artículo 11. Enfermedades de Alto Costo.

Las enfermedades de alto costo son aquellas cuyo tratamiento genera en un periodo de tiempo determinado un gasto en salud que no solamente afecta la estabilidad económica de las familias, sino también desequilibra financieramente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**CAPITULO III
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Artículo 12. Del Ministerio de la Protección Social.

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la Ley, en el Sistema de General de Seguridad Social en Salud el Ministerio de la Protección Social tendrá a su cargo la rectoría y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello deberá:

- a. Formular y adoptar las políticas de salud pública de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República.
- b. Dirigir las estrategias, programas y planes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- c. Definir las políticas de Salud Pública Colectiva y establecer las acciones prioritarias.
- d. Para la ejecución de las políticas de salud, realizará la coordinación intersectorial con las entidades de gobierno no integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- e. Desarrollar el Registro Especial de Redes de Servicios de Salud, por medio del cual se identifican los servicios que se entregan a las poblaciones, para lo cual el Gobierno expedirá la reglamentación respectiva.

Artículo 13. Del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, conformado por 13 miembros. Serán miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

1. El Ministro de la Protección Social, quien lo presidirá y tendrá poder de veto.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado.
3. Un representante del Señor Presidente de la República.
4. Sendos representantes de las entidades departamentales y municipales de salud.
5. Dos representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana empresa y otras formas asociativas.
6. Dos representantes por los trabajadores, uno de los cuales representará a los pensionados.
7. El representante legal del Instituto de Seguros Sociales.
8. Un (1) representante por las Entidades Promotoras de Salud, diferentes del Instituto de Seguros Sociales.
9. Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
10. Un (1) representante de los profesionales del área de la salud, de la asociación mayoritaria.
11. Un (1) representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural.

Parágrafo 1. El Gobierno reglamentará los mecanismos de selección de los representantes no gubernamentales para un período de cuatro años.

Parágrafo 2. De cualquier manera, en la primera selección que haga el Gobierno Nacional, tres de los representantes escogidos lo serán para un período de dos años, luego del cual podrán ser o no nuevamente seleccionados para el término de cuatro años.

Artículo 14. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

A partir de la vigencia de la presente ley, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

- a. Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y el Nuevo Subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título del segundo libro de la Ley 100.
- b. Adoptar el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, dentro de los límites previstos en el artículo 204 de la Ley 100.
- c. Adoptar el valor de la Unidad de Pago por Capitación según lo dispuesto en el artículo 182 del libro segundo de la Ley 100.
- d. Adoptar el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud.
- e. Adoptar el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
- f. Definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado por parte de las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos de personas de escasos recursos económicos y vulnerables y de conformidad con lo dispuesto en la Ley.
- g. Definir el régimen de pagos compartidos de que tratan el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100.
- h. Definir el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud 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.

- i. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
- j. 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.
- k. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- l. Adoptar su propio reglamento.
- m. Las demás que le sean asignadas por Ley o que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.

Parágrafo 1. Las decisiones anteriores que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministro de la Protección Social.

Parágrafo 2. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación, serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. En caso de que no se haya revisado la Unidad de Pago por Capitación al comenzar el año, ésta se ajustara en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado por el Gobierno Nacional el año inmediatamente anterior.

Parágrafo 3. Las demás funciones que la Ley 100 le definía al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y que no se encuentren en el anterior listado desaparecen.

Artículo 15. De la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo contará con una Secretaría Técnica, de carácter permanente, responsable de presentar al Consejo sus recomendaciones para la toma de decisiones. La Secretaría Técnica contratará de manera ininterrumpida los siguientes estudios que aseguren el soporte técnico al Consejo:

- 1. Evaluación de tecnología.
- 2. Evaluación financiera.
- 3. Evaluación de planes de beneficios.

Para el logro de sus responsabilidades, la Secretaría Técnica contará con comisiones ad-hoc conformadas por expertos en las áreas de estudios técnicos señalados en el párrafo anterior.

Parágrafo 1. Serán asesores permanentes de la Secretaría Técnica del Consejo: un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y uno en representación de las Facultades de Salud Pública y otro en representación de los Colegios Nacionales de Profesionales. Estos representados serán escogidos autónomamente por cada una de estas agremiaciones.

Artículo 16. Financiamiento de la Secretaría Técnica.

Para el funcionamiento de la Secretaría Técnica se creará un fondo adscrito al Ministerio de la Protección Social, que se financiará mediante concurrencia de aportes de este último y de los actores del Sistema. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Artículo 17. De los Departamentos y el Distrito Capital.

Sin perjuicio de las demás funciones que les asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Departamentos y el Distrito Capital tendrán las funciones de:

- a. Inspección, Vigilancia y Control con capacidad sancionatoria por delegación del Gobierno Nacional.

- b. Organizar y administrar el Registro de Habilitación de Instituciones Prestadoras de Salud en su territorio, como lo establece el Decreto 2309 de 2002.
- c. Organizar y administrar el Registro Especial de Redes de Servicios, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
- d. Adoptar, controlar y vigilar los lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social en lo relativo al Plan de Salud Pública Colectiva, frente a la situación de salud pública departamental.

Artículo 18. De los Municipios y Distritos. (Ley 715 y reglamentarios de Ley 10)

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la Ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud los Municipios tendrán las funciones de:

- a. Diseñar y ejecutar el Plan de Salud Pública Colectiva del Municipio, el cual deberá articularse con el del Departamento, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
- b. Vigilar y controlar las acciones de prevención y promoción dirigidas al individuo que serán entregadas como parte del plan de beneficios tanto en el Régimen Contributivo como en el Nuevo Subsidiado.
- c. Aplicar el instrumento de caracterización socioeconómica de la población utilizando para este fin el instrumento Sistema de Identificación de Beneficiarios – SISBEN.
- d. Remitir al Sistema de Identificación Nacional de Usuarios – SINU del Ministerio de la Protección Social, la información de la caracterización socioeconómica de la población, de acuerdo a la normativa vigente para tal fin.
- e. Difundir públicamente los resultados de la selección de las entidades promotoras de salud para el Nuevo Régimen Subsidiado.
- f. Convocar a la población objeto del subsidio para que mediante participación popular para elegir una sola Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, en aquellos municipios con población menor a 100,000 habitantes.
- g. Convocar a la población a proceso de selección y afiliación en las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, en municipios con población mayor 100,000 habitantes.

Artículo 19. El Instituto Nacional de Salud.

Sin perjuicio de las demás funciones que le asigna la Ley, serán funciones del Instituto Nacional de Salud:

- a. Definir las estrategias para implementar las políticas de Salud Pública Colectiva determinadas por el Ministerio de la Protección Social.
- b. Vigilar y controlar la ejecución del Plan de Salud Pública Colectiva señalado por el Ministerio de la Protección Social
- c. Realizar la monitoria de la ejecución de las estrategias incluidas en la política de Salud Pública Colectiva.
- d. Ejecutar la investigación básica, epidemiológica y económica sobre las condiciones de salud de acuerdo a los lineamientos sobre las prioridades identificadas por el Ministerio de la Protección Social.
- e. Coordinar y Vigilar la Red de Nacional de Laboratorios de Salud Pública
- f. 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.
- g. Dirigir la evaluación, seguimiento, asistencia, asesoría y control de gestión de las entidades territoriales en relación con el Plan de Salud Colectiva y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- h. Establecer y determinar los factores de riesgo que inciden en la salud y la calidad de vida.
- i. Desarrollar las políticas, los programas y los proyectos tendientes a la protección de la salud para prevenir, detectar e intervenir los riesgos del ambiente, físicos, químicos y de consumo que afectan la salud y la calidad de vida.

- j. Coordinar y orientar el Sistema de Vigilancia en salud pública y de control de enfermedades de obligatorio registro.
- k. Desarrollar, en forma articulada con las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Nuevo Régimen Subsidiado, evaluación, seguimiento, asistencia, asesoría y control de gestión de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de otras de interés en salud pública, contenidas en los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Nuevo Subsidiado.
- l. Desarrollar las políticas y normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- m. Vigilar y controlar las acciones que en materia de prevención y control de enfermedades y vigilancia en salud pública ejecuten las entidades del sector y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- n. Emitir concepto toxicológico sobre clasificación toxicológica y evaluación del riesgo de toxicidad de los productos que vayan a ser utilizados en el país.
- o. 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.
- p. Desarrollar y mantener estrategias que permitan el suministro oportuno de los productos biológicos necesarios para la ejecución del Programa Ampliado de Inmunizaciones y el control de enfermedades de importancia para la salud pública.
- q. Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

Artículo 20. Las Entidades Promotoras de Salud.

Adicionalmente a lo establecido en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud podrán habilitarse para afiliar personas tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado.

Solo podrán habilitarse para operar como Entidades Promotoras de Salud en el Nuevo Régimen Subsidiado las entidades públicas, las entidades privadas con ánimo de lucro licenciadas para este efecto a la fecha de la expedición de la presente Ley, las entidades privadas sin ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará en los noventa días siguientes a la expedición de la Presente Ley los criterios de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud de que trata el presente artículo. Estos criterios deben garantizar tanto para el Régimen Contributivo como para el Nuevo Régimen Subsidiado los mínimos de capital, solidez y solvencia, incluyendo reservas, patrimonio, sistema de información, y red de servicios.

Artículo 21. Evaluación con Indicadores.

Para la habilitación de permanencia de las Entidades Promotoras de Salud, el Ministerio de la Protección Social diseñará un conjunto de indicadores sentinela que permita verificar el cumplimiento de las funciones de aseguramiento de las Entidades Promotoras de Salud, estableciendo los niveles mínimos para permanecer en operación.

Artículo 22. Aseguramiento Universal.

A partir de la fecha de vigencia de la presente Ley la totalidad de la población residente en el territorio nacional deberá estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 23. Eliminación de la Integración Vertical.

Las Entidades Promotoras de Salud no podrán hacer prestación directa de servicios de salud para sus afiliados por medio de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud propias.

Las Entidades Promotoras de Salud que presten servicios a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su propiedad, tendrán un plazo de dos años para ajustarse a este requerimiento, de acuerdo a la reglamentación que expedirá el Gobierno Nacional para este efecto.

Artículo 24. Contratación con las Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado deberán contratar como mínimo el 60% de los servicios de salud de sus afiliados al Nuevo Régimen Subsidiado con las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud organizadas por medio de redes de prestación de servicios de salud en un área determinada.

Artículo 25. Régimen de Liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.

El Gobierno Nacional expedirá en seis meses a partir de la expedición de la presente Ley una legislación que regule los procedimientos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud.

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

**CAPITULO IV
EL FINANCIAMIENTO**

Artículo 26. Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Crease el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social administrada por fiducia pública, con los siguientes objetivos:

1. Agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de la Salud Pública Colectiva a nivel nacional.
2. Agrupar en un solo fondo los recursos públicos para el financiamiento de la prestación de servicios de salud a todos los Colombianos que no son elegibles para pertenecer al Régimen Contributivo.
3. Permitir una verdadera equidad financiera en la asignación de recursos públicos para el financiamiento de la salud de cada individuo elegible para recibir el Plan de Beneficios del Nuevo Régimen Subsidiado.
4. 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 IPS como de las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado
5. Hacer los procesos contractuales transparentes y expeditos.
6. Girar directamente a las Entidades Promotoras de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado los dineros correspondientes a la prestación de los Planes de Beneficios.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS tendrá un Comité de Vigilancia y Control elegido por todos los gobernadores y alcaldes que se encargarán de velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales para la prestación de servicios de salud a la población de cada departamento y municipio según lo dispuesto en la presente ley. El gobierno reglamentará la organización y el funcionamiento del Comité.

Artículo 27. Estructura del Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

El Fondo tendrá las siguientes sub-cuentas independientes:

- a. Sub Cuenta de Salud Pública Colectiva.
- b. Sub Cuenta de Focalización de los Subsidios en Salud.

Parágrafo 1. Los recursos del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS son para todos los efectos recursos de la seguridad social en salud, en consecuencia entre otros no podrán destinarse a actividad alguna diferente a la fijada en esta Ley.

Parágrafo 2. El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS no hará parte del presupuesto general de la nación pero si estará incluidos en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Artículo 28. Financiación de la Cuenta de Focalización de Subsidios en Salud.

Harán parte de la cuenta de focalización de subsidios en salud los siguientes recursos:

- a. Los dos puntos de la cotización obligatoria que deben aportar los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo, de que trata el artículo 27 de la presente Ley.
- b. El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos recursos serán ejecutados directamente por las Cajas de Compensación, sin situación de fondos, cuando dicha entidad sea contratada para la administración del Nuevo 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 a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley.
- f. Las contribuciones de las agremiaciones y/o empleadores de la población cuya participación en el Nuevo Régimen Subsidiado será cofinanciada por los recursos de rentas cedidas de los territorios.
- g. Las contribuciones de dichos empleados y los aportes de recursos de los entes territoriales como se define en la presente ley.
- h. Los rendimientos financieros generados por la inversión de 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 Territorial Colombia para la Salud – FOCOS asignará los recursos por distrito, municipio o corregimiento departamental con base en el número de afiliados de cada distrito, municipio y corregimiento departamental y el valor de la UPC del Nuevo Régimen Subsidiado. Los recursos los ejecutará por cuenta de dichas entidades territoriales, sin situación de fondos, directamente el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.

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 cuenta de Focalización de subsidios en salud. Para definir el monto de las apropiaciones se tomara como base lo reportado por el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la Ley de presupuesto ajustados 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.

Parágrafo 3. El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS no hará parte del presupuesto general de la nación, pero sí estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Parágrafo 4. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público preparará un plan de pagos a 5 años de los recursos del Régimen Subsidiado vigente.

Artículo 29. Recursos de Solidaridad para la Focalización de los Subsidios en Salud.

A partir de la presente ley la cotización obligatoria de que trata el artículo 204 de la ley 100 de 1993 se aumentará en un punto porcentual del salario base de cotización el cual se destinará en su totalidad a financiar la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al Régimen Contributivo.

El monto resultante a los dos puntos de la nueva cotización obligatoria, serán transferidos a la cuenta de focalización de los subsidios en salud del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.

Artículo 30. Recursos de las Cajas de Compensación.

Los recursos de que trata al artículo 217 de la Ley 100 de 1993 se aumentarán al 10% y al 15% respectivamente, según la fórmula contenida en el mencionado artículo.

Artículo 31. Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Atención de la Población Pobre que no es elegible para pertenecer al Nuevo Régimen Subsidiado.

Los aportes del Sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al régimen contributivo serán los recursos de que tratan los numerales 47.1 y 47.2 de la Ley 715 de 2001.

Su monto se definirá descontando del total de recursos del Sistema General de Participaciones para salud, aquellos recursos destinados a financiar las acciones de Salud Pública Colectiva definidas como prioritarias por el Ministerio de la Protección Social, según la fórmula establecida en el artículo 52 de la mencionada Ley.

Artículo 32. Recursos de las Entidades Territoriales para cofinanciar la Atención de la Población de Escasos Recursos Económicos que no es elegible para pertenecer al Nuevo Régimen Subsidiado.

Las entidades territoriales destinarán a cofinanciar los subsidios que asigne la cuenta de focalización de subsidios en salud de que trata el artículo xx de la presente ley, los siguientes recursos:

- a. Como mínimo el 30% de las rentas cedidas.
- b. Los recursos propios de las entidades territoriales los cuales podrán financiarse con ingresos corrientes de libre destinación o con recursos de capital o con cualquier otro recurso diferente a los obligatorios para salud, siempre que se garantice su continuidad como mínimo por cinco años.

Los recursos que la cuenta de focalización de subsidios en salud del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS asigne en cofinanciación con los recursos de que trata el presente artículo, serán ejecutados previa certificación del giro de los recursos por parte de la entidad territorial al Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.

Parágrafo 1. Las autoridades territoriales están obligadas a hacer uso de la información que se derive de la actualización del instrumento de focalización que defina el Conpes. De no hacerlo, serán objeto de las sanciones disciplinarias, fiscales y penales a que haya lugar.

Artículo 33. Financiación de la Cuenta de Salud Pública del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.

A esta cuenta concurrirán los recursos de:

- 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 224 de la Ley 100 de 1993.
- c. El Aporte del Régimen Contributivo a las acciones colectivas de Salud Pública, equivalente a 0.15% del Ingreso Base de Cotización.

- d. 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.

Artículo 34. 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 creado mediante el Artículo 224 de la Ley 100 de 1993 será equivalente al 20% de un salario mínimo mensual mientras que el impuesto social a las municiones y explosivos que se cobrara como un impuesto ad valorem tendrá una tasa del 10%.

Artículo 35. El Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

El Fondo de Solidaridad y Garantía de que trata el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 tendrá las siguientes subcuentas:

1. De Compensación Interna del Régimen Contributivo.

Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados descontados los dos puntos para el Nuevo Régimen Subsidiado y el valor de las Unidades de Pago por Capitación, y el porcentaje para incapacidades por enfermedad general que le serán reconocidos por el Sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades en las cuales la anterior diferencia sea positiva trasladarán estos recursos a la sub cuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que la diferencia sea negativa.

La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el respectivo reglamento.

2. De Financiación de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

El cubrimiento de los eventos catastróficos definidas en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y se financiaran de la forma establecida en el artículo 223 de la misma Ley.

Parágrafo 1. El Fondo de Solidaridad y Garantía no hará parte del presupuesto general de la nación pero si estará incluidos en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

Parágrafo 2. El Fondo de Solidaridad y Garantía podrá integrarse al Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS.

Artículo 36. Financiación de las Enfermedades de Alto Costo.

Sin perjuicio de las fuentes de financiación establecidas en el Artículo 223 de la Ley 100 de 1993, las enfermedades de alto costo serán financiadas a través de la cuenta de Eventos Catastróficos y de Accidentes de Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía cuyos recursos se complementarán con los siguientes aportes:

- a. Las Entidades Promotoras de Salud aportarán una prima para la financiación de un mecanismo de reaseguro.
- b. Los Departamentos aportarán un 20% de las Rentas Cedidas.
- c. El Sistema de Riesgos Profesionales aportará un 1% de los recaudos.

En la reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de la Protección Social se incluirán los mecanismos por medio del cual el Sistema dará prioridad a la actividades de atención de las enfermedades de alto costo no incluidas en los Planes de Beneficios.

CAPITULO V LA UNIVERSALIZACIÓN

Artículo 37. Operación de los Subsidios en Salud.

Para facilitar la universalización de la cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, se reemplaza el Régimen Subsidiado, de que trata la Ley 100 de 1993, por el Nuevo Régimen Subsidiado.

La operación del Nuevo Régimen Subsidiado se organizará por regiones siguiendo criterios administrativos, financieros, de oferta de servicios de salud y caracterización geográfica, buscando respetar los límites departamentales, excepto en regiones en las cuales el servicios se optimice de otra manera, adjudicado mediante concurso público. El Ministerio de la Protección Social definirá las regiones que cumplan con estos objetivos, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 38. Creación del Nuevo Régimen Subsidiado.

Créase el Nuevo Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud, organizar la prestación de los servicios y manejar el riesgo de todas las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que hayan sido previamente identificados como elegibles para recibir los subsidios públicos en salud.

Artículo 39. Recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.

El Nuevo Régimen Subsidiado se financiará a través de la operación del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS con recursos fiscales sin perjuicio de las contribuciones parciales de individuos, asociaciones y agremiaciones que los amparan, las cuales serán cofinanciados por recursos de los territorios, tal como se ordena en la presente ley.

Artículo 40. Beneficiarios del Nuevo Régimen Subsidiado.

Se beneficiará del Nuevo Régimen Subsidiado toda la población de escasos recursos económicos y vulnerable del país que haya sido previamente identificada como elegible para recibir los subsidios públicos totales o parciales en salud, a través del sistema de identificación de beneficiarios que defina el Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y al que se refiere el Artículo XX de la presente ley.

Los municipios y distritos a través de sus direcciones de planeación y de salud tendrán la responsabilidad de identificar la población a su cargo a través de la utilización del instrumento que el Gobierno Nacional designa para este efecto, incluyendo su perfil epidemiológico y demográfico.

Toda la población de escasos recursos económicos y vulnerable (SISBEN I y II), quedará automáticamente afiliada al Nuevo Régimen Subsidiado.

La población que siendo población de escasos recursos económicos y vulnerable (SISBEN I y II) y no tenga una residencia permanente, accederá al Nuevo Régimen Subsidiado de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

La población de escasos recursos económicos y vulnerable que no pertenece al grupo anterior, se afiliará al Nuevo Régimen Subsidiado a través de subsidios parciales que se financiarán con los aportes o contribuciones, bien sea individuales, o de asociaciones y/o agremiaciones que los respalden y la cofinanciación de los entes territoriales, tal como lo establece esta Ley y de acuerdo a las disposiciones que para este efecto dicte el Ministerio de la Protección Social

Artículo 41. Selección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.

La selección de las Entidades Promotoras de Salud que sirven al Nuevo Régimen Subsidiado se hará con base en un concurso público de competencias. Cada dos años el Ministerio de la Protección Social convocará por concurso público a las Entidades Promotoras de Salud 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 propone operar.

El Ministerio de la Protección Social definirá y reglamentará el proceso de calificación a utilizar en el concurso de competencias.

Artículo 42. Libertad de Elección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.

En los municipios con población menor a 100,000 habitantes se seleccionará una sola Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado mediante mecanismos de elección popular convocada por el municipio en la que participará la población objeto de los subsidios en salud. El gobierno nacional establecerá los mecanismos de elección popular y veeduría mixta para la selección de la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado - EPSS.

En los municipios con población mayor de 100,000 habitantes, donde deberá participar más de una Entidad Promotora de Salud, el ejercicio de la libre elección de Entidad Promotora de Salud por parte de la población se realizará a través de un proceso de registro directo de los habitantes en un evento convocado por la municipalidad, de acuerdo con la reglamentación que para este efecto expedirá el Gobierno Nacional.

Artículo 43. Contratación con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado.

Cada Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado EPSS suscribirá un contrato de prestación de servicios con el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS con el objeto de prestar el plan de beneficios a los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado.

El contrato con la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado cobijará a todos aquellos afiliados que han elegido a esa Entidad Promotora de Salud, ya sea por consulta popular o por el proceso de selección individual en la respectiva región.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS girará directamente y en forma mensual a la Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado, los recursos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación del Nuevo Régimen Subsidiado.

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

Artículo 44. Flujo de Recursos del Nuevo Régimen Subsidiado.

El Fondo Territorial Colombia la Salud FOCOS girará en un tiempo inferior a 30 días a las Entidades Promotoras de Salud los recursos correspondientes a la prestación de servicios del mes anterior.

Del mismo modo, la Entidad Promotora del Salud del Nuevo Régimen Subsidiado girará un anticipo de la facturación radicada.

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán un periodo máximo de tiempo para la revisión de la facturación y deberán pagar los componentes de la factura en los que no exista objeción.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará esta materia.

Artículo 45. Organización de la Prestación de Servicios por medio de Redes.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se organizarán en redes y serán reglamentadas por el Ministerio de la Protección Social, en los cuatro meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

Artículo 46. Habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 42, Inciso 10 de la Ley 715 de 2001 y en el Decreto 2309 del 2002, la habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud nuevas deberá ser aprobada por el Ministerio de la Protección Social, o por delegación expresa los Departamentos, previa presentación de evidencia de la necesidad de los servicios propuestos en las redes de prestación de servicios de salud en la potencial área de influencia de la Institución Prestadora de Servicio de Salud nueva.

Artículo 47. Plan Único de Cuentas Hospitalarias.

Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán adoptar el Plan Único de Cuentas Hospitalarias que establecerá el Gobierno Nacional, en los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

Artículo 48. Del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud.

Créase el Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, como una fiducia pública, para la protección de los recursos del Sistema en caso de quiebra de una Entidad Promotora de Salud.

Este fondo será financiado por las Entidades Promotoras de Salud por medio de una prima de protección de acuerdo al margen de solvencia de cada Entidad Promotora de Salud, en un monto hasta del 2% de su contratación.

El Gobierno Nacional reglamentará la creación y funcionamiento del Fondo de Garantía para la Prestación de los Servicios de Salud, de manera que entre en funcionamiento antes de un año de expedida la presente Ley.

Artículo 49. Manual de Tarifas.

El Gobierno Nacional establecerá un sistema de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud en los seis meses siguientes a la expedición de la presente Ley. Para ello desarrollará un sistema único de códigos de procedimientos en salud.

Artículo 50. El Modelo de Atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestarán servicios articuladas en las redes de que trata la presente Ley. Para ello adoptarán un modelo de atención dirigido a ofrecer los servicios incluidos en los Planes de Beneficios que responden a las necesidades de la población residente en su territorio de influencia.

Artículo 51. Régimen Presupuestal de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Con el objeto de fortalecer la autonomía de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud e incentivar la eficiencia en la gestión de sus recursos, éstas adoptarán un régimen presupuestal dirigido a la promoción de los ingresos y el control del gasto.

Artículo 52. Ajuste de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.

Los Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud funcionarán en un contexto de competencia regulada donde los ingresos por venta de servicios a los diferentes aseguradores y entes territoriales permitan sostener los gastos de la operación. En aquellos casos donde la operación resulte con desequilibrio, las instituciones deberán someterse a un plan de ajuste fiscal que para el caso reglamente el Gobierno Nacional.

Artículo 53. Plan Obligatorio de Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional. Este Plan ofrecerá servicios para la protección integral a los individuos del riesgo de enfermar y servicios de promoción de la salud.

Para los afiliados tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado, el contenido del Plan Obligatorio de Salud será el que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Además éste deberá proponer un programa para unificar los planes en forma progresiva.

Parágrafo 1. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

Parágrafo 3. Toda Entidad Promotora de Salud contribuirá a un fondo para la protección de los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo según la definición de la presente ley.

Parágrafo 4. El Gobierno reglamentará la forma de aplicación de los copagos y las cuotas moderadoras de que trata la Ley 100, de tal manera que éstas sean mecanismos de contención del riesgo moral y no constituyan barreras de acceso a los servicios.

Artículo 54. Del Aseguramiento Público.

Al determinar la operación regionalizada del Nuevo Régimen Subsidiado, el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS promoverá que la participación de las entidades públicas de aseguramiento corresponda a un porcentaje de al menos el 25% del total de la población incluida en dicho régimen.

**CAPITULO VI
LA SALUD PÚBLICA COLECTIVA**

Artículo 55. Plan de Salud Pública Colectiva.

Crease el Plan de Salud Pública Colectiva como conjunto óptimo de intervenciones complementarias entre sí dirigidas a la colectividad, en reemplazo del Plan de Atención Básica y cuyo contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 56. Organización de la Salud Pública Colectiva.

El Instituto Nacional de Salud definirá las acciones a incluirse en el Plan de Salud Pública Colectiva, a partir de las políticas establecidas por el Ministerio de la Protección Social. Será responsabilidad del Departamento, en conjunto con los municipios su ajuste a las condiciones epidemiológicas locales.

Una vez establecidas para cada entidad territorial, las actividades del Plan de Salud Colectiva, éstas serán contratadas por la cuenta de Salud Pública Colectiva del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS prioritariamente con aquellas entidades regionales y locales, educativas (universidades e IPS públicas), cuando aplique y cumplan con los requisitos. Dicha contratación se hará por concurso de méritos, de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social para este fin.

Artículo 57. Ordenamiento Normativo de la Salud Pública Colectiva.

En el curso del año siguiente a la expedición de la presente Ley, el Ministerio de la Protección Social deberá revisar las normas técnicas de protección, establecidas en la Ley 9 de 1979 y demás normas complementarias de los factores de riesgo y protectores del hábitat y procesos sociales, económicos, científicos o tecnológicos, con el fin de presentar al Congreso de la República un Estatuto de Protección de la Salud Pública Colectiva.

**CAPITULO VII
SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN
SALUD**

Artículo 58. Sistema de Inspección Vigilancia y Control del Seguridad Social en Salud.

Crease 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 se reestructurará y ajustará a este mandato.

Artículo 59. Código del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Seguridad Social en Salud.

El Gobierno Nacional en un periodo no superior a tres meses de aprobada la presente Ley presentará un proyecto de Ley que desarrolle el Código del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Seguridad Social en Salud, tanto en lo colectivo, como en lo individual.

Artículo 60. Interventoría de los Contratos.

Crease el Sistema de Único de Habilitación de las Entidades Interventoras de los Contratos de Salud, la cual será requisito para la contratación de interventoría, auditoría o similares en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 61. Descentralización del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de Sistema General del Seguridad Social en Salud.

El Gobierno Nacional establecerá la descentralización, desconcentración y la delegación parcial o total del Sistema de Inspección Vigilancia y Control en las entidades territoriales. Del mismo modo podrá delegar las funciones sancionatorias en las Departamentos y el Distrito Capital.

**CAPITULO VIII
EL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

Artículo 62. Sistema de Identificación Nacional de Usuarios – SINU.

Crease el Sistema de Identificación Nacional de Usuarios - SINU, en concordancia con el Artículo 15 de la Ley 797 de 2002.

El registro de las personas en el Sistema de Identificación Nacional de Usuarios - SINU será de obligatorio cumplimiento y condición necesaria para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El diseño, organización y mantenimiento del SINU será obligación del Ministerio de la Protección Social y lo podrá hacer directamente o a través de terceros. El Ministerio de la Protección Social para tal efecto, expedirá la reglamentación correspondiente.

Artículo 63. Antitrámites en Salud.

El Ministerio de la Protección Social deberá adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación, el recaudo y de la autorización, registro, auditoría y pago de los servicios de salud.

El Gobierno reglamentará los términos y plazos de este sistema, que no será mayor a los 6 meses de aprobada la presente Ley.

Artículo 64. Instrumento de Focalización de los Subsidios de Salud.

El instrumento de focalización de los subsidios de salud será exclusivamente el Sistema de Identificación de Beneficiarios – SISBEN.

Artículo 65. Sistema Integral de Información en Salud.

El Gobierno Nacional diseñará e implementará en el transcurso del año siguiente a la expedición de la presente Ley, el Sistema Integral de Información en Salud, de manera independiente o integrado al Sistema de Información de la Protección Social, el cual analizará la información sobre el estado de la afiliación de las personas en los diferentes regímenes, las prestaciones en salud, las condiciones de las entidades del sector y el flujo de los recursos.

Parágrafo. Se creará la Central Única de Recaudo adscrita al Ministerio de la Protección Social y sin personería jurídica, que entrará en operación una vez el Ministerio certifique la plena operatividad del Sistema de Información.

**CAPITULO IX
RECURSOS HUMANOS**

Artículo 66. De los Recursos Humanos

El Congreso de la República tramitará una ley sobre Recursos Humanos que atienda los requerimientos en lo relacionado con la formación, ejercicio, desempeño, ética y bioética de los recursos humanos en salud.

**CAPITULO X
DISPOSICIONES FINALES**

Artículo 67. Derogaciones.

Derogase los Artículos 162, 171 y 172 de la Ley 100 y demás que le sean contrarios.