

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

(APROBADO EN SESIONES CONJUNTAS DE LAS COMISIONES SÉPTIMAS CONSTITUCIONAL PERMANENTES DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA, DE FECHAS 16, 17, 18, 23, 24 Y 25 DE NOVIEMBRE DE 2010, SEGÚN ACTAS No. 01, 02, 03, 04, 05 Y 06)

AL PROYECTO DE LEY No. 01/2010 SENADO, No. 106/2010 CÁMARA
Y SUS ACUMULADOS, LOS PROYECTOS DE LEYES NÚMEROS 95, 143, 147, 160, 161 Y
182 DE 2010 SENADO, 035, 087, 111 Y 126 DE 2010 CÁMARA

**“POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”**

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES.

ARTÍCULO 1º. OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

ARTÍCULO 2º. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Modifícase el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. **UNIVERSALIDAD:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
2. **SOLIDARIDAD:** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.
3. **IGUALDAD:** El acceso a la Seguridad Social en Salud, se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el Territorio Colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión edad o

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

capacidad económica sin perjuicio de la prevalencia Constitucional de los derechos de los niños.

4. **OBLIGATORIEDAD:** La Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
5. **PREVALENCIA DE DERECHOS:** Es obligación de la Familia, el Estado y la Sociedad, en materia de salud cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios.
6. **ENFOQUE DIFERENCIAL.** El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías, y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
7. **EQUIDAD.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
8. **CALIDAD.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura, y oportuna, mediante una atención humanizada.
9. **EFICIENCIA.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.
10. **PARTICIPACIÓN SOCIAL.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
11. **PROGRESIVIDAD.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.
12. **LIBRE ESCOGENCIA.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.
13. **SOSTENIBILIDAD.** Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del Sistema no podrán afectar el flujo de recursos del mismo.

14. **TRANSPARENCIA.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
15. **DESCENTRALIZACION ADMINISTRATIVA.** En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.
16. **COMPLEMENTARIEDAD Y CONCURRENCIA.** Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
17. **CORRESPONSABILIDAD.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.
18. **IRRENUNCIABILIDAD.** El derecho a la seguridad social en salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.
19. **INTERSECTORIALIDAD.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.
20. **PREVENCION.** Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

ARTÍCULO 3º. RECTORÍA DEL SECTOR SALUD. La dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de la Protección Social, como órgano rector de dicho sector.

ARTÍCULO 4º. COMPETENCIAS DE LOS DISTINTOS NIVELES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

Adicionar al artículo 42 de la Ley 715 de 2001 los siguientes numerales:

42.22. Aprobar los Planes Bienales de Inversiones Públicas, para la prestación de los servicios de salud, de los Departamentos y Distritos, en los términos que determine el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud.

42.23. Diseñar indicadores para medir logros en salud, determinar la metodología para su aplicación, así como la distribución de recursos de conformidad con estos, cuando la ley así lo autorice. Los indicadores deberán medir los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud, frente a todos los actores del Sistema.

Modificar los siguientes numerales del artículo 43 y 44, de la Ley 715 del 2001, así:

43.2.7. Avalar los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, de los Municipios de su jurisdicción, en los términos que define el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la política de prestación de servicios de salud, cuyo consolidado constituye el Plan Bienal de Inversiones Públicas Departamentales.

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Inversiones Colectivas, Departamentales.

43.3.9. Asistir técnicamente y supervisar a los Municipios, en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas, y las Acciones de Salud Pública Individuales, que se realicen en su jurisdicción. El Ministerio de Salud, reglamentará el proceso de asistencia técnica, con recursos financieros, tecnológicos, humanos, gestión de procesos y resultados esperados.

43.4.3. Cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable.

44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en Salud Pública, de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de intervenciones colectivas.

Adicionar a los artículos 43 y 44 de la Ley 715, el siguiente numeral:

43.3.10. La responsabilidad para la coordinación y la organización de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud, será Departamental. El Gobierno Nacional y los Departamentos, concurrirán en el financiamiento de dichos servicios.

44.3.7. La responsabilidad para la coordinación de la organización de los servicios en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, será Distrital y Municipal.

TÍTULO II.

SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

CAPÍTULO I. SALUD PÚBLICA

ARTÍCULO 5º. PLAN DECENAL PARA LA SALUD PÚBLICA. El Ministerio de la Protección Social elaborará un plan decenal de salud pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluirlas políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, **incluyendo la salud mental.**

El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del plan.

El Ministerio de la Protección Social podrá hacer modificaciones al plan decenal de acuerdo con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. El primer Plan Decenal deberá ponerse en vigencia en al año 2012.

ARTÍCULO 6º. OBSERVATORIO DE SALUD. El Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del observatorio Nacional de Salud, el equipo técnico y humano para su funcionamiento y apropiará los recursos para su implementación.

El Observatorio Nacional de Salud será el responsable de hacer monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial. Los resultados y tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión y resultados de todos los actores del sistema.

ARTÍCULO 7º. FUNCIONES DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD. El Observatorio Nacional de Salud tendrá a su cargo las siguientes funciones:

1. El Observatorio Nacional de Salud será el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial. Los resultados y tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema.
2. Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

investigación y desarrollo en la materia. Dichas variables e indicadores podrán desagregarse por sexo, edad, región, raza y etnia.

3. Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.
4. Realizar directamente o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.
5. Fortalecer el Sistema de Información Epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.
6. Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.
7. Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, o a la Entidad que haga sus veces.
8. Presentar reportes a las Comisiones Séptimas Conjuntas, de Cámara y Senado, antes de finalizar cada legislatura sobre todas las evaluaciones periódicas que realizaren.

CAPÍTULO II.

ACCIONES DE SALUD PÚBLICA, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ARTÍCULO 8º. USO DE LOS RECURSOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

El Gobierno Nacional será el responsable de la política de promoción de salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de atención primaria en salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud.

El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales y establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

PARÁGRAFO. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo.

ARTÍCULO 9º. CONTRATACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las Acciones de Salud Pública y Promoción y Prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutaran de forma articulada. Los recursos de las Entidades Territoriales a los que se refiere el

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

presente artículo, continuarán girándose y manejándose en la Cuentas Maestras de que trata el Literal B, del artículo 13, de la Ley 1122 del 2007.

Los Gobernadores y Alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las Redes Habilitadas en el espacio poblacional determinado por el Municipio con base en la Reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de atención primaria en salud.

Las Entidades Promotoras de Salud, garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.

Las redes definidas por los Municipios y la Entidades Promotoras de Salud, son los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social.

La contratación incluirá la cobertura por grupo etéreo, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento que se verificarán con los registros individuales de prestación de servicios RIPS.

PARAGRAFO TRANSITORIO. Hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la contratación de las acciones colectivas de Salud Pública, continuará contratándose de acuerdo con las normas vigentes a la promulgación de la presente ley.

CAPÍTULO III. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ARTÍCULO 10º. DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Créese el Sistema Único de Atención Primaria de Salud Integral que estará constituido por tres componentes integrados e interdependientes: los Servicios de Salud, la Acción Intersectorial/Transectorial por la Salud, y la Participación Social, Comunitaria y Ciudadana.

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

ARTÍCULO 11º. IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

1. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
3. Cultura del autocuidado.
4. Orientación individual, familiar y comunitaria.
5. Atención integral, integrada y continua.
6. Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
7. Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.
8. Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez.
9. Participación activa de la comunidad.
10. Enfoque territorial.
11. El sistema de atención primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

ARTÍCULO 12º. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL. Para el desarrollo del Plan Decenal de Salud en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO 1. Para garantizar la coordinación intersectorial el CONPES tendrá un Consejo Especial que se reunirá cada seis (06) meses para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud.

PARÁGRAFO 2. A nivel de las entidades territoriales esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 13°. FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD. El Gobierno Nacional formulará la Política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.

ARTÍCULO 14. EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD. La Autoridad Sanitaria Territorial, conforme a la reglamentación del Ministerio de Protección Social, definirá los requisitos óptimos para habilitar la conformación de los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud-EBAPS-, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.

La constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano. Los equipos básicos deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.

ARTÍCULO 15°. FUNCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Los equipos básicos de atención primaria en salud, tendrán entre sus funciones las siguientes:

1. Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.
2. Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
3. Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
4. Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema, se inicia el trámite de afiliación de manera que puedan acceder a los servicios de protección social.
5. Inducir la demanda de servicios, de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
6. Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
7. Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.

TÍTULO III. ATENCIÓN PREFERENTE Y DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 16°. ATENCION PREFERENTE. El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada, que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal y hasta los cinco (5) años, de 6 a menores de 14 años, y de 14 a menores de 18 años.

La Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces definirá y actualizará esta parte especial y diferenciada, cada dos años, que contemple prestaciones de servicios de salud para los niños, niñas y adolescentes, garantice la promoción, la efectiva prevención, detección temprana y tratamientos adecuados de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados, y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad, teniendo en cuenta sus ciclos vitales, el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad.

ARTÍCULO 17°. SERVICIOS Y MEDICAMENTOS PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD Y ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.

Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, así como los afectados por enfermedades catastróficas y ruinosas, del plan de beneficios de familias de SISBEN 1 y 2, serán gratuitos.

ARTÍCULO 18°. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS.

Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

ARTÍCULO 19°. CORRESPONSABILIDAD. El Estado, los padres o representantes legales de los niños, niñas y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores, y exigir al Sistema de Seguridad Social en Salud los servicios establecidos en la parte especial y diferenciada del plan de beneficios.

El Estado y las instituciones del Sistema General de Seguridad social establecerán los mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar efectivo y oportuno cumplimiento a la parte especial y diferenciada del plan de beneficios y de ofrecer oportuna, efectivamente y con calidad los servicios.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTICULO 20°. OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS, MALTRATO O DESCUIDO. Las entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), las comisarías de familia o, en su defecto, los inspectores de policía, las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual.

TÍTULO III. ASEGURAMIENTO

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 21°. PORTABILIDAD NACIONAL. Todas las Entidades Promotoras de Salud, deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud. Las entidades promotoras de salud, podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar, a los equipos básicos de atención primaria y redes integradas de servicios.

El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad.

PARAGRAFO TRANSITORIO: Ésta disposición entrará en vigencia a más tardar el 1 de junio del 2013.

ARTÍCULO 22°. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD: Dado que los recursos son parafiscales, el Ministerio de la Protección Social fijará el monto máximo de gastos de administración de las entidades promotoras de salud, con base en criterios de eficiencia y estudios actuariales y financieros y criterios técnicos que midan el gasto en salud. Las entidades promotoras de salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% del valor de la UPC. Los recursos para la atención en salud, no podrán usarse para financiar activos fijos en actividades distintas a la prestación de servicios de salud.

PARAGRAFO: Lo previsto en éste artículo, se reglamentará a más tardar antes del primero (01) de enero de 2012.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 23°. COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios y su justificación financiera, en un plazo no superior a dos (02) días calendario desde la solicitud del concepto.

Los comités técnicos científicos deberán estar integrados o conformados por médicos científicos y tratantes. Bajo ninguna circunstancia integrarán estos comités, el personal administrativo de las EPS, así sean médicos.

Parágrafo: La conformación de los CTC debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones.

ARTÍCULO 24°. CREACIÓN DE LA JUNTA TÉCNICA CIENTÍFICA DE PARES. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el plan de beneficios, negada o aceptada por el comité técnico científico de la Entidad Promotora de Salud en el término de 5 días. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (06) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.

PARÁGRAFO: La conformación de la Junta Técnico Científica debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones.

ARTÍCULO 25°. PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A SOLICITAR REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (03) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.

CAPÍTULO II.

ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

ARTÍCULO 26°. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

El Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional. En todo caso, el Ministerio de la Protección Social podrá realizar el giro directo con base en la información disponible, sin perjuicio de la responsabilidad de las entidades territoriales en el cumplimiento de sus competencias legales. El Ministerio de la Protección Social, definirá un plan para la progresiva implementación del giro directo.

La Nación podrá colaborar con los municipios, distritos y departamentos, cuando aplique, con la identificación y registro de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 1º. Los Distritos y los Municipios de más de cien mil habitantes (100.000) podrán continuar administrando los recursos del Régimen Subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2012, utilizando el instrumento jurídico definido en el presente artículo.

ARTÍCULO 27º. ASEGURAMIENTO EN TERRITORIOS CON POBLACIÓN DISPERSA GEOGRÁFICAMENTE. El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento.

ARTÍCULO 28º. MECANISMO DE RECAUDO Y GIRO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. El Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones y los recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Habrá una cuenta individual por cada distrito, municipio y departamento, en las cuales se registrarán los valores provenientes de los recursos de que trata el inciso anterior, cuyos titulares son las entidades territoriales, las cuales deberán presupuestarlos y ejecutarlos sin situación de fondos. Para estos efectos, se entenderá que las entidades territoriales comprometen el gasto al determinar los beneficiarios de los subsidios y ejecutan la apropiación mediante los giros que realice la Nación de conformidad con la presente Ley.

De la cuenta individual se girarán directamente estos recursos a las Entidades Promotoras de Salud y/o a los prestadores de servicios de salud. El giro a las Entidades Promotoras de Salud se realizará mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación, por cada uno de los afiliados que tenga registrados y validados mediante el instrumento definido para tal fin. En el caso de los prestadores de servicios el giro directo de los recursos, se hará con base en el instrumento definido para tal fin.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

PARÁGRAFO 1. Los departamentos, distritos y municipios podrán girar a su cuenta, en el sistema de pagos establecido por la Nación o a las Entidades Promotoras de Salud, los recursos que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud con recursos correspondientes al esfuerzo propio territorial y las rentas cedidas, los cuales serán girados a las Entidades Promotoras de Salud para afiliar aquellas personas que no han sido cubiertas con los recursos administrados por el sistema de pagos contratado por la Nación y/o a los prestadores de servicios de salud por pago de servicios que hayan sido capitados.

PARÁGRAFO 2. Los costos y gastos de la administración, apoyo técnico, auditoría y la remuneración necesaria para financiar el mecanismo previsto en el presente artículo, se pagarán con cargo a los rendimientos financieros de éstos o con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, si los primeros no son suficientes.

PARÁGRAFO 3. El Gobierno Nacional unificará el sistema de administración y pagos de los recursos de los regímenes contributivo y subsidiado mediante el mecanismo financiero que se determine para tal fin.

Los giros de recursos de la Nación y aquellos que determine el reglamento podrán hacerse directamente por la Tesorería General de la Nación o el FOSYGA según el caso.

La forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado serán determinadas por el Gobierno Nacional de forma similar al Régimen Contributivo.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 1: TÉRMINO PARA LA LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS. Los Gobernadores o alcaldes y las Entidades Promotoras de Salud procederán en el término de tres (3) meses calendario contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley, a liquidar de mutuo acuerdo los contratos suscritos con anterioridad al 1 de abril de 2010. De no realizarse la liquidación dentro de los términos establecidos, la entidad territorial con base en sus soportes y los de la Entidad Promotora de Salud, si los tiene, procederá a la liquidación unilateral dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al vencimiento del término descrito en el presente artículo.

El incumplimiento de estos términos conllevará el reporte a los organismos de control y a las respectivas sanciones disciplinarias, y el monto del contrato será la cuantía de referencia con la cual se determinara la responsabilidad fiscal del agente del Estado. Del incumplimiento se informará a los organismos de control y vigilancia correspondientes.

En el evento en que las entidades territoriales no paguen las deudas por contratos liquidados, el Gobierno Nacional en aras de salvaguardar la sostenibilidad del Sistema y la garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

municipio por regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional, los montos adeudados y serán girados a las Entidades Promotoras de Salud respectivas en los términos establecidos en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento para tal fin exigiendo para ello las actas de liquidación donde consten los recursos recaudados.

Sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrá realizar las IPSS a las EPSS en caso de la no cancelación de los recursos.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 2. DEUDAS POR CONCEPTO DE CONTRATOS LIQUIDADOS. El monto a favor de la Entidad Promotora de Salud contenido en el acta de liquidación de mutuo acuerdo de los contratos de administración del Régimen Subsidiado o en el acto de liquidación unilateral vigente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y los que surjan del cumplimiento de la misma, debe ser girado a la Entidad Promotora de Salud, por la Entidad Territorial, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la presente ley, giro que se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el caso en que las Entidades Promotoras de Salud les adeude recursos, el monto restante, si hubiere lugar a ello, se girará a la Empresa Promotora de Salud dentro del mismo plazo.

Los saldos que queden a favor del ente territorial, serán girados por la Entidad Promotora de Salud a las cuentas maestras, dentro del mismo término.

CAPÍTULO III. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

ARTÍCULO 29º. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.

Cuando una persona requiera atención en salud y no sea afiliado, la Institución Prestadora de Salud en la cual solicite la atención procederá a establecer el contacto con la Entidad Promotora de Salud de la preferencia del afiliado, mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin, en cualquier caso el pago se hará con cargo a la afiliación del individuo al Régimen Subsidiado. Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación.

Si la persona manifiesta tener capacidad de pago y no está afiliada al Régimen Contributivo, deberá pagar la totalidad del servicio prestado por la Institución Prestadora de Salud.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, la afiliación inicial se hará al Régimen Subsidiado. Realizada la afiliación la Entidad Promotora de Salud verificará en un plazo no mayor a ocho (08) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y se realizará el cobro de los servicios prestados, para lo cual se informará a la Entidad Promotora de Salud para que proceda a realizar el cobro de los servicios. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio.

A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país de ser necesario.

PARÁGRAFO. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 30°. PRESUNCIÓN DE CAPACIDAD DE PAGO Y DE INGRESOS. Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, obligados a afiliarse al Régimen Contributivo:

1. Las personas naturales declarantes del impuesto de renta, y del impuesto a las ventas o que tengan certificado de ingresos y retenciones.
2. Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el reglamento.

Lo anterior, sin perjuicio de poder ser clasificados nivel 1 y 2 del SISBEN de acuerdo con las normas sobre la materia.

El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas. En caso de existir diferencias entre los valores declarados ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados.

ARTÍCULO 31°. SUBSIDIO PARCIAL A LA COTIZACIÓN. Las personas elegibles al subsidio parcial a la cotización no afiliadas al Sistema de Salud, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%, o aporte equivalente de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al régimen subsidiado o al régimen contributivo en cuyo caso no incluirá prestaciones económicas. Este subsidio será el 67% de la cotización o del aporte

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

equivalente con cargo a los recursos de la subcuenta de Compensación del FOSYGA en el caso de los afiliados al Régimen Contributivo y de la subcuenta de Solidaridad en el caso del Subsidiado. El 33% de la cotización o aporte equivalente deberá ser pagado previamente por el afiliado.

ARTÍCULO 32°. PERMANENCIA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en éste cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.

Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del Régimen Subsidiado en razón de su relación laboral, el patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al valor que en proporción al pago que por el trabajador debería aportar al Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas.

En caso que el empleador no cumpla con la obligación de pagar la cotización, al concluir la relación laboral el empleador deberá pagar los aportes que adeude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 23°. PLANES DE BENEFICIOS PARCIALES. Al unificar los planes de beneficios no podrán existir planes de beneficios parciales.

CAPÍTULO IV. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD

ARTÍCULO 34°. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

"Artículo 169.- PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales o económicas relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tales Planes podrán ser:

169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud”.

ARTÍCULO 35°. ESTÍMULO A LA CREACIÓN DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. El Gobierno Nacional estimulará la creación, diseño, autorización y operación de planes voluntarios y seguros de salud tanto individuales como colectivos que ofrezcan beneficios no incluidos en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 36°. COBERTURAS. Los Planes Voluntarios de Salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud, estén o no incluidas en el Plan de Beneficios, tales como,; servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y pos hospitalarios, hospitalarios o de transporte; condiciones diferenciales frente a los planes obligatorios; y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

ARTÍCULO 37°. PROTECCIÓN AL USUARIO. Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

Las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud no podrán dar por terminado los contratos ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

TÍTULO IV. FINANCIAMIENTO

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 38°. FINANCIACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en se financiarán con:

1. Un tercio (1/3) de los recursos que en virtud de la presente Ley se adicionan al componente del Sistema General de Participaciones para Salud, que se distribuirán con los mismos criterios del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones.
2. Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001.
3. Los recursos de la Unidad de Pago por Capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud.
4. Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA que se articularán con la estrategia de Atención Primaria en Salud conforme al reglamento que establezca el Ministerio de la Protección Social.
5. Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) para la prevenir los de accidentes de tránsito se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud, conforme a la reglamentación.
6. Los recursos que se destinen las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud, conforme a la reglamentación.
8. Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública.
9. Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Cuando estos recursos sean utilizados para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al Régimen Subsidiado con cargo a los numerales 1 y 2.
10. Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

ARTÍCULO 39°. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. El artículo 4° de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 2° de la Ley 1176 de 2007, quedará así:

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

Artículo 4º. “Distribución Sectorial de los Recursos. El monto total del Sistema General de Participaciones, una vez descontados los recursos a que se refiere el párrafo 2º del artículo 2º de la Ley 715 y los párrafos transitorios 2º y 3º del artículo 4º del Acto Legislativo 04 de 2007, se distribuirá entre las participaciones mencionadas en el artículo 3º de la Ley 715, así:

1. Un 58.5% corresponderá a la participación para educación.
2. Un 27.5% corresponderá a la participación para salud.
3. Un 5.4% corresponderá a la participación para agua potable y saneamiento básico.
4. Un 8.6% corresponderá a la participación de propósito general”.

Parágrafo Transitorio: En 2011 la destinación para propósito general será de 10,1% y para salud será de 26%. A partir de 2012 será la prevista en este artículo.

ARTÍCULO 40º. RECURSOS PARA ASEGURAMIENTO. El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:

Artículo 214. “La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1) De las entidades territoriales.

1. El uno punto ochenta y cinco por ciento (1.85%) de los recursos del Sistema General de Participaciones, que se distribuirán de acuerdo con la normatividad vigente.
2. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, descontados los recursos que del Sistema General de Participaciones se destinen a Atención Primaria en Salud, los recursos del numeral anterior y los destinados para el Fondo de Garantías para el sector salud (FONSAET), se incrementará hasta el 80% de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

3. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente Ley.
4. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente Ley estén asignando, si éste es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente Ley.
5. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente Ley.
6. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del Régimen Subsidiado.

2) Del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

1. Uno punto cinco de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta el 1.5% de los recursos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.
2. El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
3. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado.
4. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

5. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

3) Otros.

1. Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393.
2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.
3. Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.

ARTÍCULO 41º. FINANCIACIÓN ADICIONAL DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. El Ministerio de la Protección Social definirá los puntos de la cotización que se destinarán a la financiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA hasta el uno punto cinco (1.5) previsto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007.

ARTÍCULO 42º. RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un 0.25% de un punto porcentual de la contribución parafiscal al pago de salarios, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, a atender acciones dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes Obligatorios de Salud, conforme al reglamento.

PARÁGRAFO. La asignación prevista en el presente artículo, conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, no podrá afectar el cálculo de los recursos que las Cajas de Compensación Familiar deben apropiar para los Fondos para el Subsidio Familiar de Vivienda–FOVIS– y para los programas de infancia y adolescencia.

ARTÍCULO 43º. SEGURO DE SALUD POR DESEMPLEO. Modifíquense los Artículos 10 y 11 de la Ley 789 de 2002, los cuales quedarán así:

“ARTÍCULO 10. RÉGIMEN DE APOYO PARA DESEMPLEADOS CON VINCULACIÓN ANTERIOR A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. Los Jefes cabeza de Hogar que se encuentren en situación de desempleo luego de haber estado vinculados al sistema de Cajas de Compensación Familiar no menos de 1 año dentro de los tres años anteriores a la solicitud de apoyo, tendrán derecho con cargo a los recursos del Fondo para el Fomento del Empleo y la protección del desempleo de que trata el artículo 6o. de la presente ley a los

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

siguientes beneficios, por una sola vez y hasta que se agoten los recursos del Fondo. La reglamentación establecerá los plazos y condiciones a partir de los cuales se reconocerá este subsidio:

a) Un subsidio equivalente a un salario y medio mínimo legal mensual, el cual se dividirá y otorgará en seis cuotas mensuales iguales, las cuales se podrán hacer efectivas a través de aportes al sistema de salud. Los aportes al Sistema de Salud serán prioritarios frente a los otros usos siempre que el beneficiario no se encuentre afiliado. Para efectos de esta obligación las cajas destinarán un máximo del cuarenta y cinco (45%) de los recursos que les corresponde administrar con cargo al fondo para el fomento del empleo y la protección del desempleo;

b) Capacitación para el proceso de inserción laboral y/o educación y/o bonos alimentarios. Para efectos de esta obligación las Cajas destinarán un máximo del diez por ciento (10%) de los recursos que les corresponde administrar con cargo al fondo para el fomento al empleo y protección al desempleo.

ARTÍCULO 11. RÉGIMEN DE APOYO PARA DESEMPLEADOS SIN VINCULACIÓN ANTERIOR A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR. Con cargo al cinco por ciento (5%) del fondo para el fomento del empleo y la protección del desempleo de que trata el artículo 6 de la presente ley, las Cajas establecerán un régimen de apoyo y fomento al empleo para jefes cabeza de hogar sin vinculación anterior a las Cajas de Compensación Familiar, que se concretará en un subsidio equivalente a un salario y medio mínimo legal mensual, el cual se otorgará en seis cuotas mensuales iguales, las cuales se podrán hacer efectivas a través de aportes al sistema de salud. Los aportes al Sistema de Salud serán prioritarios frente a los otros usos siempre que el beneficiario no se encuentre afiliado. Tendrán prioridad frente a las Cajas de Compensación Familiar, los artistas, escritores y deportistas afiliados a las correspondientes asociaciones o quienes acrediten esta condición en los términos en que se defina por el Gobierno Nacional. Para acceder a esta prestación, se deberá acreditar falta de capacidad de pago, conforme términos y condiciones que disponga el reglamento en materia de organización y funcionamiento de este beneficio”.

ARTÍCULO 44º. IMPUESTO SOCIAL A LAS ARMAS Y MUNICIONES. Modifíquese el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará de la siguiente manera:

“**ARTÍCULO 224.- Impuesto social a las armas y municiones.** A partir del 1º de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de éste. El recaudo de este impuesto se destinará al fondo de solidaridad previsto en el

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

artículo 221 de esta ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 30% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad valorem* con una tasa del 20%. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos: el plan de beneficios, los beneficiarios y los procedimientos necesarios para su operación.

Parágrafo: se exceptúan de este impuesto las armas de fuego y municiones y explosivos que posean las fuerzas armadas y de policía y las entidades de seguridad del Estado”.

ARTÍCULO 45°. RECURSOS DESTINADOS PARA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN SUBSIDIADA POR DEPARTAMENTOS, DISTRITOS Y MUNICIPIOS.

Los montos de recursos que las entidades territoriales venían aportando para financiar la salud en su territorio no podrán disminuir, salvo que se acredite, ante el Ministerio de Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población o por insuficiencia financiera.

El pago de la Unidad de Pago por Capacitación subsidiada para toda la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN y otra elegible no afiliada al régimen contributivo tendrá prioridad sobre cualquier otro gasto en salud. Asegurado el 100% de esta población, podrá destinarse los recursos con esa destinación para financiar cualquier otro concepto de salud.

El primero de enero de 2012 se cancelarán las cuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) con las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, en su totalidad.

ARTÍCULO 36°. FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD (FONSAET). Créase el Fondo de Garantías para el sector salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.

Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: para las Empresas Sociales del Estado, el 1% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de participaciones, el 0,15 % del Sistema General de Participaciones y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para evitar la intervención o liquidación.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud privadas deberán contratar seguros que aseguren el pago de las obligaciones que adquieran.

PARÁGRAFO 1.- La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.

PARÁGRAFO 2.- El Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET) podrá beneficiar a empresas sociales del estado que a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentran intervenidas para administrar o liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud.

Estas Entidades podrán recibir recursos del FONSAET por una sola vez, condicionados a la presentación y cumplimiento del Plan de mejoramiento y prácticas del buen gobierno, acorde con la reglamentación del Gobierno Nacional.

ARTÍCULO 47°. RETENCIÓN EN LA FUENTE DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de retención en la fuente, para el pago de la cotización en seguridad social en salud, de las personas naturales y jurídicas, como mecanismo que evite la evasión y la elusión, tomando como base los conceptos constitutivos vigentes del Ingreso Base de Cotización. El agente retenedor girará los recursos al encargado del recaudo de los aportes, de conformidad con el reglamento.

TÍTULO V. DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 48°. CONTRATACIÓN POR CAPITACIÓN. Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los prestadores de servicios de salud:

1. Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

2. La capitación no libera a la Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.
3. La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud.

PARAGRÁFO TRANSITORIO. Se podrá hacer contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, sobre la base de indicadores de resultados basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud y rendición pública de cuentas, hasta el año 2013.

ARTÍCULO 49°. PROHIBICIÓN DE LIMITACIONES AL ACCESO. Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad o calidad o propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

ARTÍCULO 50°. PAGOS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.

El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción.

Las entidades a que se refiere este artículo, deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.

Se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122.

ARTÍCULO 51°. HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

Administradoras de Riesgos Profesionales deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad; para tal fin los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida, deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica revisión. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán garantizar la verificación de los servicios que lo requieran en el plazo que establezca el reglamento. La actividad de habilitación, para ser realizada oportuna y en los términos establecidos, puede ser contratada por las entidades territoriales con terceros especializados en la materia.

PARÁGRAFO. A partir de la vigencia de la presente ley toda nueva institución prestadora de servicios de salud para el inicio de actividades y por ende para acceder a contratar servicios de salud deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación. Deberá ser inmediata cuando se trate de habilitación de urgencias y servicios de alta complejidad.

ARTÍCULO 52º. FUSIONES. Las entidades territoriales podrán asociarse para organizar la prestación de servicios y mediante la fusión de sus Empresas Sociales del Estado, constituir una Empresa Social del Estado para lo cual deberán contar con la autorización de cada una de las Asambleas Departamentales o de los Concejos Municipales o Distritales respectivos. La adscripción se definirá de común acuerdo entre las entidades territoriales involucradas.

El Gobierno Nacional reglamentará el mínimo de habitantes por municipio que para poder crear una Empresa Social del Estado, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001. La Nación desarrollará estímulos para promover las fusiones voluntarias.

ARTÍCULO 53º. OPERACIÓN CON TERCEROS. Las Empresas Sociales del Estado podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación conforme al sistema obligatorio de garantía en calidad; solo para servicios que no tengan la ESE, la Red Pública, o sean insuficientes.

CAPÍTULO II.

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 54º. DEFINICIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: Las redes Integradas de servicios de salud se definen como la integración de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud más eficientes equitativos, integrales, continuos a una población definida dispuesta conforme a la demanda.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 55°. DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, articulados a la red. Las redes de las Entidades Promotoras de Salud deberán ser habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 56°. CONFORMACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Territoriales, municipios, distritos y departamentos, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de salud territoriales a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, garantizarán las redes incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el plan de beneficios a su cargo, los departamentos habilitarán las redes de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social. La implementación de la estrategia de atención primaria en salud consagrada en la presente Ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas, en ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.

Parágrafo. Las Fundaciones sin Ánimo de Lucro que prestaron servicios como parte de la red hospitalaria pública, antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, para los efectos señalados en los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007, sobre la contratación de servicios de salud, las entidades territoriales y las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, les darán a estas instituciones prestadoras de servicios de salud tratamiento de Empresas Sociales del Estado.

Así mismo, dichas fundaciones y las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, podrán acceder a recursos de crédito blandos de tasa compensada y de largo plazo que otorgue el Gobierno Nacional a través de FINDETER y otras entidades.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 57°. CRITERIOS DETERMINANTES PARA LA CONFORMACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:

1. Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
2. Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.
3. Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.
4. Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.
5. Adecuada estructuración de baja complejidad de atención fortalecido y multidisciplinario que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutive para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.
6. Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.
7. Red de transporte y comunicaciones
8. Acción intersectorial efectiva.
9. Esquemas de participación social amplia.
10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.
11. Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
12. Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

13. Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.

ARTÍCULO 58°. ARTICULACIÓN DE LA REDES INTEGRADAS. La articulación de la red estará a cargo de las Entidades Territoriales en coordinación con las Empresas Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud; en caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el Departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscarán que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo, teniendo como objetivos y componentes:

1. La identificación de la población a atender y la determinación del riesgo en salud.
2. La identificación de factores de riesgo y factores protectores.
3. Consenso en torno a la implementación de la estrategia de atención primaria en salud.
4. Consenso en torno al Modelo de Atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población.
5. El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.
6. La articulación de la oferta de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles, en el espacio poblacional determinado.
7. La garantía de un punto de primer contacto, que serán los equipos básicos de atención primaria en salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos.
8. La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información.
9. Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

10. La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, telecuidado, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia.

PARAGRAFO. La coordinación de las redes basadas en el modelo de atención y riesgo poblacional, será reglamentada por el Ministerio de la Protección Social con el acompañamiento de las direcciones territoriales para el cumplimiento de las funciones administrativas y clínicas anteriormente nombradas.

CAPÍTULO III.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

ARTÍCULO 59°. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE HOSPITALES PÚBLICOS.

El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un Fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el segundo nivel de atención.

Las Empresas Sociales del Estado articuladas en red, que demuestren buenos resultados en los indicadores de salud, bajo riesgo fiscal y financiero, y documenten trabajo en el proceso de calidad podrán acceder a créditos condonables y otros estímulos que ofrezca el Gobierno Nacional, en especial para dotación tecnológica y capacitación del talento humano.

ARTÍCULO 60°. DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. La junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial, estará integrada de la siguiente manera:

1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.
2. El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.
4. Dos (2) representantes de los servidores públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

PARÁGRAFO 1. Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad tendrán un periodo de dos (2) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado en más de dos ocasiones.

PARÁGRAFO 2. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del nivel municipal que hagan parte de convenios o planes de desempeño suscritos o que se llegaren a suscribir entre el departamento y la Nación, tendrá además de los miembros ya definidos en el presente artículo, tendrán como miembro de la junta directiva al gobernador del departamento o su delegado.

PARÁGRAFO 3. Cuando en una sesión de junta directiva exista empate para la toma de decisiones, el mismo se resolverá con el voto de quién preside la junta directiva.

ARTÍCULO 61º. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES. Los miembros de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado no podrán ser representante legal, miembros de los organismos directivos, directores, socios, o administradores de entidades del sector salud, ni tener participación en el capital de éstas en forma directa o a través de su cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil o participar a través de interpuesta persona, excepto alcaldes y gobernadores, siempre y cuando la vinculación de estos últimos a la entidad del sector salud obedezca a la participación del ente territorial al que representa. Esta inhabilidad regirá hasta por un año después de la dejación del cargo.

ARTÍCULO 62º. ELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES. La junta directiva de la empresa social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente Ley. En caso de que el cargo de Director o Gerente de una Empresa Social del Estado esté vacante a más tardar dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes se iniciará un proceso de concurso público para la su elección. El proceso de elección y selección durará máximo sesenta (60) días calendario. El nominador nombrará a la persona que ocupó el primer lugar en el concurso de mérito a más tardar en los quince (15) días calendario siguientes a su

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

elección. En caso de no aceptar el primero, operará como un listado de elegibles, continuándose con el segundo, y de no aceptar con el tercero.

El Gobierno Nacional promoverá la formulación del Estatuto de Empresas Sociales del Estado, que contendrá, entre otros, el sistema de elección de directores o gerentes e indicadores de gestión.

ARTÍCULO 63°. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El director o gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la junta directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.
2. La junta directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión
3. El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.
4. En caso de que la junta directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director o gerente se entenderá aprobado.

ARTÍCULO 64°. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

1. El director o gerente de la empresa social del Estado del orden territorial deberá presentar a la junta directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

2. La junta directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director o gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.
3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la junta directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al director o gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.
4. La decisión de la junta directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.
5. Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del director o gerente, para lo cual la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del director o gerente aún sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de Ley.
6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, la Superintendencia Social de Salud en los términos y plazos establecidos para tal fin, producirá de manera inmediata la evaluación no satisfactoria será causal de retiro.

ARTÍCULO 65°. METODOLOGÍA DE REPORTE DE INGRESOS, GASTOS Y COSTOS DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. El Ministerio de la Protección Social en un término no superior a un año establecerá la metodología para la clasificación y reporte de los ingresos, gastos y costos de las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, teniendo en cuenta las condiciones que pueden afectar las estructuras de costos. Con base en esta información se construirán razones de costo y gasto que deberán hacer parte de los planes de gestión para evaluar la gestión de los gerentes y de los indicadores de desempeño de las instituciones.

ARTÍCULO 66°. EFICIENCIA Y TRANSPARENCIA EN CONTRATACIÓN, ADQUISICIONES Y COMPRAS DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la junta directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

Igualmente, las Empresas Sociales del Estado podrán contratar de manera conjunta sistemas de información, sistema de control interno, de interventorías, gestión de calidad y auditorías, de recurso humano y demás funciones administrativas, para el desarrollo de actividades especializadas, de tipo operativo y de apoyo que puedan cubrir las necesidades de la empresa, de forma tal que la gestión resulte más eficiente, con calidad e implique menor costo.

ARTÍCULO 67°. SANEAMIENTO DE CARTERA. El Gobierno, a partir de la vigencia de la presente ley pondrá en marcha un Programa para el Saneamiento de cartera de las Empresas Sociales del Estado.

ARTÍCULO 68°. FINANCIACION DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN ZONAS ALEJADAS. Se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde éstas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia.

ARTÍCULO 69°. DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley.

Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Cuando no se reciba la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado o se detecte alguna imprecisión en ésta y no sea corregida o entregada oportunamente, dicha empresa quedará categorizada en riesgo alto y deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, sin perjuicio de las investigaciones que se deban adelantar por parte de los organismos de vigilancia y control.

El informe de riesgo hará parte del plan de gestión del gerente de la respectiva entidad a la junta directiva y a otras entidades que lo requieran, sin perjuicio de las acciones legales pertinentes.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 70°. ADOPCIÓN DE PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO. Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO. Cuando una Empresa Social del Estado no adopte el programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos y condiciones previstos, será causal de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 71°. INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL.

Si con la implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero, la Empresa Social del Estado en riesgo alto no logra categorizarse en riesgo medio en los términos definidos en la presente ley, deberá adoptar una o más de las siguientes medidas:

1. Acuerdos de reestructuración de pasivos.
2. Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, independientemente de que la Empresa Social del Estado esté adelantando o no programas de saneamiento.
3. Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

Generará responsabilidad disciplinaria y fiscal al Gobernador o Alcalde que no den cumplimiento a lo dispuesto en el presente artículo.

PARÁGRAFO. En las liquidaciones de Empresas Sociales del Estado que se adelanten por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se dará aplicación a lo dispuesto en el Decreto-ley 254 de 2000 y en la Ley 1105 de 2006, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. Las liquidaciones que se estén adelantando, se ajustarán a lo aquí dispuesto.

ARTÍCULO 72°. RECURSOS DE CREDITO PARA EL REDISEÑO, MODERNIZACION Y REORGANIZACION DE LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA PARA DESARROLLO DE LAS REDES TERRITORIALES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. Para la ejecución de los créditos condonables de que trata el Parágrafo 3o del artículo 54 de la Ley 715 de 2001, la Nación y las entidades territoriales concurrirán, bajo la modalidad de préstamos condonables, en el financiamiento de los procesos de rediseño, modernización y reorganización de Instituciones Prestadoras de Salud públicas, mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias, que como mínimo garanticen, por parte de la entidad hospitalaria, su sostenibilidad durante

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

diez (10) años, mediante el equilibrio financiero, eficiencia en la prestación de los servicios y su articulación en red.

La asignación de estos recursos de crédito por el Gobierno Nacional permitirá que las Instituciones Prestadoras de Salud públicas puedan participar del proceso de conformación de redes territoriales de servicios de salud para poder desarrollar la política de Atención Primaria en Salud (APS). Dicha asignación se regirá por los principios de proporcionalidad y equidad territoriales.

ARTÍCULO 73°. SANEAMIENTO DE PASIVOS. Con el fin de facilitar los procesos de saneamiento de pasivos, las Empresas Sociales del Estado que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero en virtud de lo dispuesto en la presente ley, que tengan suscrito o suscriban programas o convenios de desempeño en virtud de lo establecido en la Ley 715 de 2001 o estén intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, podrán iniciar simultáneamente o en cualquier momento durante la vigencia de los mismos, la promoción de acuerdos de reestructuración de pasivos de que tratan las Leyes 550 de 1999 y 1116 de 2006 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTÍCULO 74°. SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES. Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar o el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, según corresponda, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de pensiones tanto del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, como las de ahorro individual con solidaridad y las administradoras de cesantías, incluido el Fondo Nacional de Ahorro, que hubieren recibido o que tengan en su poder recursos por concepto de aportes patronales del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones para salud, las direcciones territoriales de salud, las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, contarán con doce (12) meses, para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales con el procedimiento que determine el Ministerio de la Protección Social. En este proceso de saneamiento podrán concurrir recursos de ambas fuentes.

Los Fondos de Pensiones, Cesantías, Entidades Promotoras de Salud y Administradoras de Riesgos Profesionales de Salud, deberán implementar las acciones administrativas necesarias para que se realice el procedimiento operativo de saneamiento de los aportes patronales con las direcciones territoriales de salud, las instituciones prestadoras de servicio de salud pública y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, con oportunidad y eficacia.

Las peticiones de las entidades aportantes relacionadas con el proceso de saneamiento de dichos recursos a las entidades administradoras de los mismos, deben ser

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

entendidas en un plazo no superior a treinta (30) días calendario. En caso de no respuesta se informará del incumplimiento a la Superintendencia Financiera o la Superintendencia de Salud según corresponda, la inspección y vigilancia de la entidad administradora de los aportes patronales, para lo de su competencia.

Si vencido este término de los doce (12) meses dispuestos para concluir el proceso de saneamiento no se hubiere realizado el mismo, las entidades administradoras de aportes patronales girarán los recursos excedentes con el mecanismo financiero que determine el Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de los contratos que se hubieren ejecutado con cargo a estos recursos.

CAPÍTULO IV. MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS

ARTÍCULO 75°. POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE DISPOSITIVOS MÉDICOS. El Ministerio de la Protección Social definirá la Política Farmacéutica y de Dispositivos Médicos a nivel nacional y en su implementación, establecerá y desarrollará mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos e insumos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 76°. COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS- CNPMD. En adelante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos de que trata el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, se denominará Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

ARTÍCULO 77°. NEGOCIACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS. El Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos y dispositivos.

El Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones que generen precios de referencia de medicamentos y dispositivos de calidad. En el caso que los mismos no operen en la cadena, el gobierno nacional podrá acudir a la compra directa. Las instituciones públicas prestadoras del servicio de salud no podrán comprar por encima de los precios de referencia.

ARTÍCULO 78°. GARANTÍA DE LA CALIDAD DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS. El INVIMA garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, los insumos y dispositivos médicos que se comercialicen en el país

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

de acuerdo a los estándares internacionales de calidad y será el Gobierno Nacional quien lo reglamentará.

PARÁGRAFO TRANSITORIO: El Gobierno Nacional tendrá un (1) año para expedir reglamentación para la aprobación de productos biotecnológicos y biológicos.

ARTÍCULO 79°. GARANTÍA DE LA COMPETENCIA. El Gobierno Nacional deberá garantizar la competencia efectiva para la producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, insumos y dispositivos médicos podrá realizar o autorizar la importación paralela de éstos, establecer límites al gasto y adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos, insumos y dispositivos médicos de buena calidad a precios accesibles.

El Gobierno Nacional, las entidades públicas y privadas podrán realizar compras centralizadas de medicamentos insumos y dispositivos médicos dentro y fuera del país y desarrollar modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los medicamentos insumos y dispositivos médicos y facilitar el acceso de la población a éstos.

CAPÍTULO V.

INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

ARTÍCULO 80°. INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD. Autorícese al Ministerio de la Protección Social la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina, esta entidad será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios y para los prestadores de los servicios de salud.

ARTÍCULO 81°. OBJETIVOS DEL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD. Son objetivos del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud:

1. Evaluar las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico.
2. Consultar las evaluaciones de tecnologías con Centros de Evaluación acreditados para la evaluación de tecnologías médicas nacionales e internacionales.
3. Articular la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

mortalidad del país así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías.

4. Diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud.
5. Difundir las metodologías empleadas y la información producida.
6. Los demás que sean necesarios para el desarrollo de su objeto.

ARTÍCULO 82°. REFERENTES BASADOS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA. Son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud, basados en evidencia científica. Incluyen principalmente las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención sea de calidad, segura y costo-efectiva.

ARTÍCULO 83°. DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN. La autoridad competente desarrollará protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Para su elaboración se consultará a los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

ARTÍCULO 84°. DE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN. La autoridad competente desarrollará guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Las guías médicas serán desarrolladas por la autoridad competente en coordinación con los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

CAPÍTULO VI. TALENTO HUMANO

ARTÍCULO 85°. DE LA POLÍTICA DE TALENTO HUMANO. El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

PARÁGRAFO. La política de Talento Humano en Salud consultará los postulados de trabajo decente de la OIT.

ARTÍCULO 86°. DE LA FORMACIÓN CONTINUA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.

Concurrirán para este efecto las entidades territoriales, las sociedades científicas, los centros de formación superior y media y los empleadores.

ARTÍCULO 87°. DE LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD: Modifícase el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“Artículo 13. De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud. Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.

Los programas que requieran adelantar prácticas formativas en servicios asistenciales deberán contar con escenarios de prácticas conformados en el marco de la relación docencia servicio. Esta relación se sustentará en un proyecto educativo de largo plazo compartido entre una institución educativa y una entidad prestadora de servicios, que integrará las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.

Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia-servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de la Protección Social.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 88°. HOSPITALES UNIVERSITARIOS. El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión.

El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

1. Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad;
2. Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados;
3. Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a prestación de los servicios asistenciales.
4. Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.
5. Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias;
6. Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación;
7. Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa;

Los Hospitales Universitarios reconocidos conforme a la presente ley, tendrán prioridad en la participación en los proyectos de investigación, docencia y formación continua del talento humano financiados con recursos estatales.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. A partir del 1° de enero del año 2016 solo podrán denominarse Hospitales Universitarios, aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en este artículo.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 89°. DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DEL ÁREA DE LA SALUD: Modifícase el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionándole los siguientes incisos.

“Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverán y facilitarán la formación de especialistas en el área de la salud, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.

Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia servicio y, en todo caso, deberán corresponder a cargos empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud.

Se autoriza a las Instituciones Prestadoras de Salud públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa. El Estado cofinanciará parte del costo de los cargos de residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país, para lo cual los recursos del presupuesto nacional destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1 del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán a la financiación de los cargos contemplados en el presente artículo, el Gobierno Nacional determinará la contraprestación para estos.

Para las regiones donde no se cuenta con Entidades de Educación Superior, aquellos profesionales de la salud que deseen especializarse podrán recibir becas financiadas con recursos de las entidades territoriales, suscribiendo convenios para prestar los servicios especializados durante un tiempo no inferior al requerido para la especialización en la región correspondiente. Estos profesionales tendrán prioridad de acceso a las especializaciones.

Para efectos administrativos y asistenciales, a los profesionales de la salud vinculados mediante la modalidad de residentes se les reconocerá conforme al título más alto obtenido y a la autorización para ejercer por la entidad competente.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 90°. CONTRATACIÓN DEL PERSONAL MISIONAL: El personal misional de las Instituciones Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado, bolsas de empleo, empresas de servicios de empleo ni cualquier otro intermediario laboral.

PARÁRFO TRANSITORIO: Esta disposición entrará en vigencia a partir del 1 de julio de 2013.

ARTÍCULO 91 °. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL: Modifícase el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de:

1. El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios;
2. La pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social;
3. En el contexto de la autonomía se buscare prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales.
4. No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran.
5. Las actividades profesionales y la conducta de los profesionales de la salud debe estar dentro de los límites de los códigos de ética profesional vigentes. Las asociaciones científicas deben alentar a los profesionales a adoptar conductas éticas para mayor beneficio de sus pacientes.

ARTÍCULO 92°. AUTONOMÍA PROFESIONAL. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

ARTÍCULO 93°. PROHIBICION DE PREBENDAS O DÁDIVAS A TRABAJADORES EN EL SECTOR DE LA SALUD. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1. Las empresas o instituciones que incumplan con lo establecido en el presente artículo serán sancionadas con multas que van de 100 a 500 SMMLV, multa que se duplicará en caso de reincidencia. Estas sanciones serán tenidas en cuenta al momento de evaluar procesos contractuales con el Estado y estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 2. Los trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que reciban este tipo de prebendas y/o dádivas, serán investigados por las autoridades competentes. Lo anterior, sin perjuicio de las normas disciplinarias vigentes.

CAPÍTULO VII.

CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ARTÍCULO 94°. INDICADORES EN SALUD. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores de salud tales como indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y de las Instituciones Prestadoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores.

ARTÍCULO 95°. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

Deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales.

Se definirán igualmente indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario.

El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la SNS para que obre de acuerdo a su competencia.

ARTÍCULO 96°. ARTICULACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y la administración de los indicadores.

Las base de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el SISBEN y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras.

ARTÍCULO 97°. SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DEL SECTOR SALUD. El Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones –TIC.

ARTÍCULO 98°. OBLIGACIÓN DE REPORTAR. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.

ARTÍCULO 99°. INDICADORES DE SALUD SOBRE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán presentar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud información detallada sobre el estado de salud de los menores de edad afiliados.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 100°. SANCIONES POR LA NO PROVISIÓN DE INFORMACIÓN. Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios) serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.

ARTÍCULO 101°. ANÁLISIS DE CONDICIONES DE MERCADO A NIVEL REGIONAL. El Gobierno Nacional realizará análisis periódicos de las condiciones de competencia en el mercado de aseguradores y prestadores, así como de las tarifas de prestación de servicios, a nivel territorial.

TÍTULO VI. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 102°. DESCONCENTRACIÓN. Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud se desconcentrará y adicionalmente podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital.

La Superintendencia Nacional de Salud ejecutará sus funciones de manera directa o por convenio interadministrativo con las direcciones departamentales o distritales de Salud, acreditadas, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, las cuales para los efectos de las atribuciones correspondientes responderán funcionalmente ante el Superintendente Nacional de Salud.

Las direcciones departamentales o distritales de Salud, presentarán en audiencia pública semestral y en los plazos que la Superintendencia establezca, los informes que esta requiera. El incumplimiento de esta función dará lugar a multas al respectivo director de hasta diez (10) salarios mínimos legales mensuales y en caso de reincidencia podrá dar lugar a la intervención administrativa.

La Superintendencia Nacional de Salud implementará procedimientos participativos que permitan la operación del sistema de forma articulada, vinculando las personerías, la defensoría del pueblo, las contralorías y otras entidades u organismos que cumplan funciones de control.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

PARAGRAFO: Dadas las funciones que deba asumir la Superintendencia Nacional de Salud definidas por esta Ley el Gobierno Nacional adelantará las acciones que le permitan su fortalecimiento y reestructuración.

ARTÍCULO 103°. RECURSOS PARA FORTALECER LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL. Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se destinarán a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, por primera vez, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Los recursos del régimen subsidiado destinados por los municipios y distritos a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales, se incrementarán del 0.2% al 0.4%.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Los recursos a que se refiere inciso primero del literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se aplicarán a la auditoría para el cumplimiento del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados y el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios. Para este efecto la Superintendencia acreditará empresas de interventoría con las cuales contratarán los municipios mediante concurso de méritos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá vigilancia sobre el proceso y ejecución de esta contratación.

ARTÍCULO 104°. RECURSOS POR MULTAS. Las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud serán apropiadas en el Presupuesto General de la Nación como recursos adicionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 105°. SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

1. Las Entidades Promotoras de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.
2. Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

3. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.
4. La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o quienes hagan sus veces.
5. Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.
6. Las personas naturales o jurídicas que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen vinos, aperitivos y similares y cervezas.

ARTÍCULO 106°. SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia del Subsidio Familiar, serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

1. Las Entidades Promotoras de Salud, del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras o administradoras de riesgos profesionales, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud. Sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia del Subsidio Familiar.
2. Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.
3. Los prestadores de servicios de salud públicas, privadas o mixtas.
4. La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o quienes hagan sus veces.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

5. Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás árbitros rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de azar.
7. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen vinos, aperitivos y similares y cervezas.
8. **Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores.**

ARTÍCULO 107°. PRESENTACION DE INFORMES FINANCIEROS DE LAS ENTIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Para la vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, y otros actores del sistema deberán presentar los estados financieros consolidados del grupo económico, incluyendo todas las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 108°. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL A LOS DEBERES DE LOS EMPLEADORES. La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) ejercerá la inspección, vigilancia y control del cumplimiento a los deberes de los empleadores conforme a lo establecido en el numeral 2 el artículo 161 de la Ley 100 de 1993 y sobre el monto y la distribución de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a lo establecido en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993. Igualmente, ejercerá inspección, vigilancia y control respecto de los trabajadores independientes y contratistas y las entidades que los asocien o agremien para su afiliación colectiva.

La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 204 y, 210 de la Ley 100 de 1993 por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

ARTÍCULO 109°. EJE DE ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES. El numeral 5 del Artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, quedará así:

5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud,

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.

ARTÍCULO 110°. CESACIÓN PROVISIONAL. El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar, de manera inmediata, a la entidad competente, la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes o el destino los recursos del sistema general de seguridad social en salud.

Las medidas señaladas anteriormente se adoptarán mediante acto administrativo motivado y dará lugar al inicio del proceso administrativo ante el Superintendente Nacional de Salud.

ARTÍCULO 111°. FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Adiciónense los literales e), f) y g), al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, así:

(...)

e) Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo.

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

g) Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador

Modificar el párrafo 2º del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. Dentro de los diez días siguientes a la solicitud se dictará fallo, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento. Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad.

ARTÍCULO 112º. MEDIDAS CAUTELARES EN LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Adicionar un nuevo párrafo al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 así:

"Párrafo Tercero: La Superintendencia Nacional de Salud deberá:

1. Ordenar, dentro del proceso judicial, las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.
2. Definir en forma provisional la Entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de multiafiliación y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para tal efecto, el funcionario competente en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará, antes de emitir su fallo definitivo o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las recomendaciones del comité técnico científico, según sea el caso".

ARTÍCULO 113º. PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO. La Superintendencia Nacional de Salud aplicará las multas o la revocatoria de la licencia de funcionamiento realizando un proceso administrativo sancionatorio consistente en la solicitud de explicaciones en un plazo de cinco (5) días hábiles después de recibida la información, la práctica de las pruebas a que hubiere lugar en un plazo máximo de quince (15) días calendario, vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. La Superintendencia dispondrá de un término de diez (10) días calendario después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente. La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código Contencioso Administrativo.

PARÁGRAFO. Con sujeción a lo anterior y teniendo en cuenta, en lo que no se oponga, lo previsto en el Código Contencioso Administrativo, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante acto administrativo, desarrollará el procedimiento administrativo sancionatorio, respetando los derechos al debido proceso, defensa, contradicción y doble instancia.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 114º. CONDUCTAS QUE VULNERAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quién haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:

1. Violar la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
2. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.
3. Impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.
4. Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.
5. No realizar las actividades en salud derivadas de enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
6. Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y en general por cualquier persona natural o jurídica.
7. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8. Incumplir con las normas de afiliación por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan afiliaciones colectivas o trabajadores independientes.
9. Incumplir la Ley 972 de 2005.
10. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
11. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

12. No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, por o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.
13. Obstruir las Investigaciones e incumplir las obligaciones de información.
14. Incumplir con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO. De conformidad con lo previsto en el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, el pago de las multas que se impongan a título personal debe hacerse con recursos de su propio patrimonio, y en consecuencia no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen.

ARTÍCULO 115°. VALOR DE LAS MULTAS POR CONDUCTAS QUE VULNERAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD. Además, de las acciones penales, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre diez (10) y dos mil (2.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.

Las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a cinco mil (5.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.

Las multas se aplicarán sin perjuicio de la facultad de revocatoria de la licencia de funcionamiento cuando a ello hubiere lugar.

ARTÍCULO 116°. MULTAS POR INFRACCIONES AL RÉGIMEN APLICABLE AL CONTROL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS. La Superintendencia de Industria y Comercio impondrá multas hasta de cinco mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (5.000 SMLMV) a cualquiera de las entidades, agentes y actores de las cadenas de producción, distribución, comercialización y otras

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

formas de intermediación de medicamentos, dispositivos médicos o bienes del sector salud, sean personas naturales o jurídicas, cuando infrinjan el régimen aplicable al control de precios de medicamentos o dispositivos médicos. Igual sanción se podrá imponer por la omisión, renuencia o inexactitud en el suministro de la información que deba ser reportada periódicamente.

Cuando se infrinja el régimen de control de precios de medicamentos y dispositivos médicos acudiendo a maniobras tendientes a ocultar a través de descuentos o promociones o en cualquier otra forma el precio real de venta, se incrementará la multa de una tercera parte a la mitad.

ARTÍCULO 117°. MULTAS POR NO PAGO DE LAS ACREENCIA POR PARTE DEL FOSYGA O LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas de hasta de doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (200 SMLMV) cuando el FOSYGA, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, las obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando la Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos.

PARÁGRAFO. El pago de las multas que se impongan a título personal debe hacerse con recursos de su propio patrimonio y, en consecuencia, no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen.

ARTÍCULO 118°. DOSIFICACIÓN DE LAS MULTAS. Para efectos de graduar las multas previstas en la presente ley, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. El grado de culpabilidad.
2. La trascendencia social de la falta o el perjuicio causado, en especial respecto de personas en debilidad manifiesta o con protección constitucional reforzada.
3. Poner en riesgo la vida o la integridad física de la persona.
4. En función de la naturaleza del medicamento o dispositivo médico de que se trate, el impacto que la conducta tenga sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
5. El beneficio obtenido por el infractor con la conducta en caso que éste pueda ser estimado.
6. El grado de colaboración del infractor con la investigación.
7. La reincidencia en la conducta infractora.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

8. La existencia de antecedentes en relación con infracciones al régimen de Seguridad Social en Salud, al régimen de control de precios de medicamentos o dispositivos médicos;
9. Las modalidades y circunstancias en que se cometió la falta y los motivos determinantes del comportamiento.

TÍTULO VII. DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA

ARTÍCULO 119°. POLÍTICA NACIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL. El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

1. Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.
2. Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.
3. Participar activamente en los ejercicios de definición de política.
4. Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

ARTÍCULO 120°. DEFENSOR DEL USUARIO DE LA SALUD. Para financiar el Defensor del Usuario en Salud de que trata el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998, deberá incluir el costo que demanda su organización y funcionamiento.

ARTÍCULO 121°. ANTITRÁMITES EN SALUD. El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley, deberá adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación y de la autorización, registro, auditoría, facturación y pago de los servicios de salud.

ARTÍCULO 122°. DEBERES Y OBLIGACIONES. Los usuarios del sistema de seguridad social en salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones:

1. Actuar frente al sistema y sus actores de buena fe.
2. Suministrar oportuna y cabalmente la información que se les requiera para efectos del servicio.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

3. Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.
4. Procurar en forma permanente por el cuidado de la salud personal y de la familia y promover las gestiones del caso para el mantenimiento de las adecuadas condiciones de la salud pública.
5. Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del sistema.
6. Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del sistema.
7. Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado.
8. Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio.
9. Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del sistema en asuntos administrativos y de salud.
10. Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.
11. Hacer un uso racional de los recursos del sistema.
12. Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios.
13. Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del sistema.

TÍTULO VIII. OTRAS DISPOSICIONES

ARTÍCULO 123°. ENFERMEDADES HUÉRFANAS. Modifícase el artículo 2 de la ley 1392 de 2010, así:

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

“ARTÍCULO 2°. DENOMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS.

Las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada.

PARÁGRAFO. Con el fin de mantener unificada la lista de denominación de las enfermedades huérfanas, el Ministerio de la Protección Social emitirá y actualizará esta lista cada dos años a través de acuerdos con la Comisión de Regulación en Salud (CRES), o el organismo competente”.

ARTÍCULO 124°. DIFUSIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA

LEY. El Ministerio de la Protección Social deberá organizar y ejecutar un programa de difusión del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de capacitación a las autoridades locales, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras, trabajadores y, en general, a los usuarios que integren el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 125. Multas en las citas Médicas. Entrada en vigencia esta ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas, para lo cual el Ministerio de la Protección Social, diseñará un mecanismo idóneo para su respectivo cumplimiento, esto es ser sancionado pedagógicamente, mediante método de recursos capacitación que deberán ser diseñados por las EPS para tal fin.

ARTÍCULO 126. OBLIGATORIEDAD DE AUDIENCIAS PÚBLICAS DE EPS y ESE.

Todas las entidades promotoras de salud, y Empresas Sociales del Estado del sector salud, tienen la obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año, con el **objeto** de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión. Para ello deberán presentar sus indicadores en salud, gestión financiera, satisfacción de usuarios y administración.

ARTÍCULO 127. Atención Integral en Salud Mental.

Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 128. Requisitos del Funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud. El gobierno nacional reglamentará las condiciones para que las entidades promotoras de salud tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia, la capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada.

ARTÍCULO 129. Competencia de Conciliación. La superintendencia nacional de salud podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de parte en los conflictos que surjan entre el administrador del FOSYGA, las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales.

ARTÍCULO 130. Aprobación de Planes Voluntarios de Salud. La aprobación de los planes voluntarios de salud y de las tarifas, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual aprobará los planes y realizará verificación posterior. En relación con las entidades promotoras de salud y entidades de medicina prepagada, el depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.

ARTÍCULO 131. Prueba del Accidente en el SOAT. Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorias posteriores.

ARTÍCULO 132. Sistemas de Emergencias Médicas. Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismo para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garanticen la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá contarse con personal en entrenamiento básico, para ingreso de alta afluencia de público a espacios colectivos sean ellos públicos o privados; en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley. Para

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

la operación del sistema se pondrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.

ARTÍCULO 133. Las deudas ordenadas por vía judicial o administrativas antes del primero (1) de noviembre de 2010, que cumplan con los requisitos, legales, a cargo del fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA) deberán ser canceladas antes del primero (01) de enero de dos mil doce (2012).

ARTÍCULO 134. Actualización del Plan de Beneficios. Esta deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del plan de beneficios.

Las metodologías utilizadas para definición y actualización del plan de beneficios deben ser publicadas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

El plan de beneficios sólo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello.

Parágrafo: El plan de beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del primero (1º) de diciembre de dos mil once (2011).

ARTÍCULO 135. Restablecimiento de la Salud de las Mujeres Víctimas de la Violencias. La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual no generará cobro por concepto de cuotas moderadoras o copagos sin importar el régimen de afiliación. La atención por eventos de violencia física o sexual será integral, y los servicios serán prestados hasta que se certifique medicamente la recuperación de las víctimas.

La prestación de servicios a las mujeres víctimas de violencias incluirá la atención psicológica y psiquiátrica y la habitación provisional en los términos de la ley 1257 de 2008

ARTÍCULO 136. De la Reglamentación e Implementación. El Gobierno Nacional en un lapso mayor de un mes a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley y la ley 1164 de 2007, mediante acto administrativo.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

ARTÍCULO 137. El Gobierno Nacional y la Supersalud, en procura del proceso de transparencia y de publicidad en los servicios, sesenta días (60) después de entrada en vigencia la presente ley deberán presentar un informe del estado actual de las entidades promotoras de salud donde se dará a conocer aspectos, en relación con el cumplimiento de los giros a las E.P.S, recaudo y cumplimiento del plan de beneficios.

ARTÍCULO 138. Los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar relacionados con el auto cuidado y mutuo cuidado de la salud de todos los miembros del hogar, serán registrados en las cuentas nacionales de salud de manera periódica y pública, según los criterios que defina el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Este reconocimiento no implicará gastos por parte del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo: De acuerdo con lo ordenado por la ley 1413 de 2010, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística hará una encuesta de uso del tiempo que permitirá contabilizar el monto al que hace alusión el artículo anterior.

ARTÍCULO 139º. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los párrafos de los artículos 7º y 9º de la Ley 1392 de 2010, los artículos 171, 172, 175, 215 y 216 numeral 1 de la Ley 100 de 1993; el párrafo del artículo 3, el literal c) del artículo 13, el literal (d) del artículo 14, el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007; el artículo 121 del Decreto Ley 2150 de 1995, el literal d) de del Artículo 13, derogar art 16, 42, Ley 715 de 2001 numerales 43.4.2, 44.1.7,44.2.3. Los artículos relacionados con salud de Ley 1066 de 2006.

El anterior texto, conforme a lo dispuesto en el artículo 165 de la Ley 5ª de 1992.

Por el Honorable Senado de la República

DILIAN FRANCISCA TORO T

Coordinadora

Senadora de la República

JORGE E. BALLESTEROS B.

Coordinador

Senador de la República

ANTONIO JOSE CORREA

Coordinador

Senador de la República

GILMA JIMENEZ GÓMEZ

Ponente

Senadora de la República

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

GUILLERMO A. SANTOS M.

Ponente

Senador de la República

FERNANDO E. TAMAYO T.

Ponente

Senador de la República

MAURICIO OSPINA GOMEZ

Ponente

Senador de la República

GERMÁN B. CARLOSAMA L.

Ponente

Senador de la República

EDUARDO CARLOS MERLANO

Ponente

Senador de la República

Por la Honorable Cámara de Representantes,

ARMANDO A. ZABARAIN

Coordinador

Representante a la Cámara

DIELA LILIANA BENAVIDES S.

Representante a la Cámara

MARTHA C. RAMIREZ

Representante a la Cámara

ELÍAS RAAD HERNÁNDEZ

Representante a la Cámara

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE

PL 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 Y SUS ACUMULADOS – SESIONES CONJUNTAS – COMISIONES VII

HOLGER H. DÍAZ H.
Representante a la Cámara

LUIS FERNANDO OCHOA Z.
Representante a la Cámara

RAFAEL ROMERO PIÑEROS
Representante a la Cámara