

**PONENCIA PARA PRIMER DEBATE A LOS PROYECTOS 001/10 (S),
095/10 (S), 147/10 (S), 111/10 (C), 126/10 (C), 182/10 (S), 160/10 (S)
(acumulados)**

ARTICULADO LEY ORDINARIA

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 definiendo 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, 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. **OBLIGATORIEDAD.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
2. **UNIVERSALIDAD.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
3. **SOLIDARIDAD:** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de seguridad social en salud entre las personas.
4. **EFICIENCIA.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles y los resultados en salud de los afiliados.
5. **PREVALENCIA DE DERECHOS:** En ningún caso existirán barreras de accesibilidad para la prestación del servicio de salud para las mujeres en estado de embarazo, los niños, niñas y adolescentes, dentro del plan de beneficios. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en

materia de salud, cuidar, proteger y asistir a los niños, 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 corresponderán con los ciclos vitales formulados en esta Ley.

6. **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, evitando que prestaciones individuales pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
7. **CALIDAD.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma ágil y oportuna, mediante una atención humana.
8. **PARTICIPACIÓN SOCIAL.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.
9. **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 las instituciones prestadores de servicios de salud.
10. **DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA.** La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
11. **COMPLEMENTARIEDAD Y CONCURRENCIA.** El sistema propiciará la que la acción y aportes de los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complemente y todos concurren con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
12. **IGUALDAD.** El acceso a la seguridad social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano por razones de sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.
13. **SOSTENIBILIDAD.** Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin. Las

decisiones que se adopten en el marco del Sistema de Seguridad Social en salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.

14. **PROGRESIVIDAD.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.
15. **CORRESPONSABILIDAD.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, por una efectiva atención primaria, 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.
16. **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.
17. **INTERSECTORIALIDAD.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

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 ADMINISTRACION PÚBLICA. Adicionar al artículo 42 de la Ley 715 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 determiné el MPS, 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.

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

43.2.7. Avalar los planes bienales de inversiones públicas en salud de los municipios de su jurisdicción, en los términos que defina el MPS, 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 Intervenciones 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.

44.2.1. 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 el Planes de Intervenciones Colectivas.

Adicionar al artículo 44 de la Ley 715 el siguiente numeral:

44.3.7. La responsabilidad para la organización y prestación de los servicios de Atención Primaria en Salud será departamental, distrital y municipal. El Gobierno Nacional y los departamentos concurrirán en el financiamiento de dichos servicios.

TÍTULO II. SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

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 confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población.

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 epidemiológicos que se presenten.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. El primer plan decenal deberá ponerse en vigencia en al año 2012.

ARTÍCULO 6º. OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD. El Ministerio de Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, dirigido por el Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del Observatorio Nacional de Salud y apropiara los recursos necesarios para su implementación.

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

- a. Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomiende la práctica sanitaria y de política pública en materia de condiciones de salud.
- b. Servir de soporte técnico a las autoridades del país en materia de análisis de la situación de salud.
- c. Realizar directamente o indirectamente evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones, de grupos poblacionales especiales y hacer públicos los resultados.
- d. Fortalecer el sistema de información epidemiológica con énfasis en las zonas de frontera.
- e. 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.

CAPÍTULO II. PROMOCION Y PREVENCION

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 EPS.

El Ministerio de 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.

ARTÍCULO 9°. FINANCIACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las acciones de Salud Pública, Atención Primaria en Salud y Promoción y prevención se financiarán con:

- 5.1. El 1.5% de los recursos de Propósito General del Sistema General de Participaciones que la Presente ley destina para APS.
- 5.2. El 60% de los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001 que se destinará para APS.
- 5.3. El 40% de los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001 que se destinará para la financiación de las competencias en salud pública.
- 5.4. Los recursos de la UPC destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las EPS y se articularán con la Estrategia de Atención Primaria.
- 5.5. Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga que se destinarán para la estrategia de Atención Primaria conforme al reglamento que establezca el Ministerio de Protección Social.
- 5.6. Los recursos que destine SOAT para la promoción y prevención de accidentes de tránsito que se articularán a la estrategia de APS conforme a la reglamentación.
- 5.7. Los recursos que destinen las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención que se articularán a la estrategia de APS conforme a la reglamentación.
- 5.8. Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

ARTÍCULO 10°. 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 atención primaria en salud, de acuerdo al plan territorial de salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada.

Los recursos de las entidades territoriales a que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las cuentas maestros de que trata el literal b) del artículo 13 de la ley 1122 de 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 MPS, para la prestación de servicios de salud conforme a la estrategia de atención primaria en salud.

Las EPS contratarán las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, la vigilancia epidemiológica y la 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 conformadas por los municipios y las EPS en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud serán habilitadas por el departamento o los distritos 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 las coberturas por grupo etéreo, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento, que se verificarán con los RIPS.

CAPÍTULO III. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ARTÍCULO 11°. DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención Integral e integrada, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la enfermedad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios del Sistema de Seguridad Social en salud.

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

ARTÍCULO 12°. 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:

- a. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- b. Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
- c. Cultura del autocuidado.
- d. Orientación familiar y comunitaria.
- e. Atención Integral, Integrada y Continua

- f. Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
- g. Talento Humano organizados en equipos multidisciplinarios
- h. Fortalecimiento de la baja complejidad, para mejorar la resolutivead.
- i. Participación Activa de la comunidad

ARTÍCULO 13°. 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 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 Protección Social.

PARÁGRAFO 1. Para garantizar la coordinación intersectorial el CONPES tendrá un Consejo Especial que se reunirá cada seis (6) meses para hacer seguimiento a las acciones a realizar 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 comprometidos con los determinantes en salud.

ARTÍCULO 14°. FORTALECIMIENTO DE LA BAJA COMPLEJIDAD. El Gobierno Nacional formulará la Política de fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de que se puedan resolver las necesidades básicas y las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.

ARTÍCULO 15°. EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD. Se promoverá la conformación de los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud – EBAPS – como un concepto funcional y organizativo que permita desarrollar de manera práctica la estrategia de atención primaria en salud. Para la financiación y constitución de estos equipos podrán concurrir 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 16°. FUNCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – EBAPS. Las EBAPS tendrán entre sus funciones las siguientes:

- a. Realizar el diagnóstico familiar de acuerdo a la ficha unificada que se defina a nivel nacional
- b. Identificación de riesgo familiar y comunitario de los usuarios.
- c. Ofrecer el portafolio de servicios de la protección social a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
- d. Promover la afiliación al Sistema, la identificación plena de las familias de manera que puedan acceder a los servicios de protección social en aquellos casos que se requieran
- e. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionan un alto impacto en salud pública.
- f. Prestar servicios básicos de salud, de cuidado paliativo, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

TÍTULO III. SALUD PREVALENTE Y DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

ARTÍCULO 17°. SALUD PREVALENTE. 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 a 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 CRES o quien haga sus veces definirá y actualizara esta parte especial y diferenciada, una vez al año, 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 18°. 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 los afectados por enfermedades catastróficas y ruinosas, del plan de beneficios de familias de SISBEN 1 y 2 serán gratuitos.

ARTÍCULO 19°. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS. Los servicios de salud física y mental para los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual serán totalmente gratuitos, 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 20°. CORRESPONSABILIDAD. Los padres o representantes legales de los niños y adolescentes son responsables de su cuidado, desarrollo y de prevenir sus enfermedades y accidentes; 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 en Salud 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.

ARTÍCULO 21°. OBLIGACION DE DENUNCIAR POSIBLE VULNERACION DE DERECHOS, MALTRATO O DESCUIDO. Las Empresas Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud deberán notificar al ICBF 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 a la Fiscalía cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual.

TÍTULO IV. ASEGURAMIENTO

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 22°. PORTABILIDAD NACIONAL. Todas las EPS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con IPS y EPS. Las EPS deberán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes.

El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para asegurar que las EPS tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia y la capacidad financiera necesaria para operar de manera adecuada.

Las EPS manejarán los recursos que se le transfieren mediante la UPC en dos fondos separados el de administración y el de prestación de beneficios en las EPS. El Gobierno Nacional reglamentará los porcentajes de la UPC que se podrán administrar en dichos fondos.

ARTÍCULO 23°. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LAS ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. Toda Entidad Promotora de Salud deberá tener un Comité Técnico Científico conformado por profesionales de la salud especializados, que deberán emitir concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista explícitamente en el Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 24°. CONFORMACIÓN 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 por el comité técnico científico de la Entidad Promotora de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.

CAPÍTULO II. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

ARTÍCULO 25°. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, será responsable de la administración de los recursos financieros para la prestación del Plan Obligatorio de Salud, financiado con los recursos del Régimen Subsidiado, a nombre de las entidades territoriales.

La Nación, los municipios y los distritos estarán a cargo de la identificación y registro de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 1°. A partir del 1° de enero de 2013, el Régimen Subsidiado operará siguiendo el esquema de pago directo a las Entidades Promotoras de Salud de la Unidad de Pago por Capitación de los afiliados, como en el Régimen Contributivo.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 2º. A partir de la vigencia de la presente ley y hasta el 1º de enero de 2013, el Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, los recursos para la prestación del Plan de Beneficios de Salud Subsidiado.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 3º. Hasta el 1º de enero del 2013, los Distritos y los Municipios de más de cien mil habitantes (100.000) habitantes continuarán administrando los recursos del Régimen Subsidiado.

ARTÍCULO 26º. 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 27º. MECANISMO DE RECAUDO Y GIRO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. El Ministerio de la Protección Social diseñará un sistema de administración de recursos y contratará un mecanismo financiero para recaudar y girar 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. Para efectos de la contratación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público efectuará una estimación de estos recursos, con fundamento en el cual dicho Ministerio expedirá el certificado de disponibilidad presupuestal a nombre de las entidades territoriales.

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 por evento, se hará sobre la base de presentación de cuentas de cobro debidamente auditadas. El prestador de servicios podrá radicar cuentas de cobro mediante la modalidad de correo certificado, la entidad responsable del pago deberá responder en los términos señalados en la ley, caso contrario se entenderá aceptado.

PARÁGRAFO 1. Los distritos y municipios podrán girar a su cuenta, en el sistema de pagos establecido por la Nación, 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 EPS para afiliar aquellas personas que no han sido cubiertas con los recursos administrados por el sistema de pagos contratado por la Nación.

PARÁGRAFO 2. Los costos y gastos de la administración, apoyo técnico, auditoría y la remuneración necesaria para garantizar el manejo de los recursos, se pagarán con cargo a los rendimientos financieros de éstos o aquellos que se establezcan en el reglamento.

PARÁGRAFO 3. La Nación 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.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 1: Término para la Liquidación de los Contratos. Los Gobernadores o alcaldes y las EPS 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 EPS, 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 al Ministerio de Hacienda y Crédito Público a fin de tome medidas a que haya lugar.

PARÁGRAFO TRANSITORIO 2: Deudas por Concepto de Contratos Liquidados. el monto a favor de la EPS'S 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 EPS, 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

EPS'S les adeude recursos, el monto restante, si hubiere lugar a ello, se girará a la EPS dentro del mismo plazo.

Las deudas que queden a favor del ente territorial, será girado por la EPS a las cuentas maestras, dentro del mismo termino.

ARTÍCULO 28°.Cuando una EPS decida terminar unilateralmente o por mutuo acuerdo el contrato de prestación de Servicios de Salud con una IPS, deberá cancelar la totalidad de los servicios prestados en los siguientes 30 días calendarios o llegar a un acuerdo de pagos. Cuando la EPS no remita pacientes durante seis (6) meses se presumirá la terminación unilateral. El incumplimiento de los pagos a que se refiere este artículo, en término, generara a favor de la IPS los intereses de mora. En el evento que transcurridos ciento veinte (120) días calendario de terminado el contrato, la EPS no haya cancelado al prestador los servicios prestados, la superintendencia nacional de salud impondrá las sanciones del caso.

CAPÍTULO III. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

ARTÍCULO 29°. 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 o beneficiario, en la IPS o ESE en la cual solicite la atención se procederá a afiliarlo a la EPS de su preferencia. Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar, se le generará un número provisional y se le asistirá para su trámite.

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 Servicios o ESE.

Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, la afiliación inicial se hará al Régimen Subsidiado. Realizada la afiliación y, prestado el servicio, se verificará en un plazo no mayor a 8 días hábiles si la persona se encuentra clasificada en los niveles del SISBEN que dan derecho al subsidio en salud. De no estarlo, se cancelará la afiliación y se realizará el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite la pertenencia a los niveles del SISBEN que dan derecho al subsidio.

A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se les conminará a adquirir un seguro médico, aprobado por la Superintendencia Financiera, para su atención en el país de ser necesario.

PARÁGRAFO. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción podrán permanecer 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. Los propietarios de bienes inmuebles.
3. 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 Dian y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados.

Los rentistas deberán pagar aportes sobre el 40% de la presunción de ingresos declarada cada año. En caso de existir diferencias entre los valores declarados ante la DIAN y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados.

ARTÍCULO 31°. SUBSIDIO PARCIAL A LA COTIZACIÓN. Las personas del nivel 3 del SISBEN no afiliadas al régimen contributivo, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%.

Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al régimen contributivo que no incluye prestaciones económicas. Este subsidio será el 66% de la cotización con cargo a los recursos de la cuenta de compensación o de Solidaridad del FOSYGA, el 33% de la cotización 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 EPS 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 trabajador podrá reclamar a su favor un monto equivalente a los aportes no realizados, sin perjuicio de la obligación del empleador de pagar los mencionados aportes.

ARTÍCULO 33°. 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.

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; copagos y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional.

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 V. FINANCIAMIENTO

CAPÍTULO I. FUENTES DE FINANCIACIÓN

ARTÍCULO 38°. RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD. El artículo 4o de la Ley 715 de 2001 quedará así:

“Artículo 4°. Distribución Sectorial de los Recursos. El monto total del Sistema General de Participaciones, una vez descontados los recursos a que se refiere

el párrafo 2° del artículo 2°, se distribuirá las participaciones mencionadas en el artículo anterior así: la participación para el sector educativo corresponderá al 58.5%, la participación para el sector salud corresponderá al 26%, la participación de propósito general corresponderá al 10.6% y la participación para agua potable y saneamiento básico corresponderá al 4.9%.”

ARTÍCULO 39°. 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:

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

- 1) De las entidades territoriales.
 - a. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud - SGP se destinarán en una forma progresiva a financiar el aseguramiento mediante la afiliación al régimen subsidiado en salud así: en el año 2011 el 70%, en el año 2012 el 72%, en el año 2013 el 75%, en el año 2014 el 78%. A partir del año 2015, este porcentaje será del 80%. 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 podrá utilizar para financiar subsidios de oferta y la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio.
 - b. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por la empresa que administre los Juegos de Suerte y Azar a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones. 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.
 - c. 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.

- d. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado. Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado.

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

- a. Uno punto cinco de la cotización de los regímenes especiales y de excepción.
- b. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, de manera progresiva, permitan la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios.
- c. Recursos de Regalías.
- d. El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

3) Otros.

- a. 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.
- b. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.
- c. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

ARTÍCULO 40°. FINANCIACIÓN ADICIONAL DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. El 1.5% de la cotización del Régimen Contributivo que de acuerdo con el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, se destinaba al Régimen Subsidiado, se destinará a la subcuenta de compensación del FOSYGA para el pago de obligaciones del Régimen Contributivo.

ARTÍCULO 41°. RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN PARA EL REGIMEN CONTRIBUTIVO. Un cuarto ($\frac{1}{4}$) de punto 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, se destinará a la subcuenta de compensación del FOSYGA como recursos adicionales para el financiamiento del Régimen Contributivo.

ARTÍCULO 42°. SEGURO DE SALUD POR DESEMPLEO. Un cuarto ($\frac{1}{4}$) de punto 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, se destinará por las Cajas a pagar la cotización del Régimen Contributivo, o el pago de un seguro de salud equivalente, para aquellas personas que pierdan su empleo, hasta que la persona se vincule nuevamente al mercado laboral formal, sin que en ningún caso se paguen más de 12 cuotas mensuales consecutivas. El IBC será de un salario mínimo mensual vigente y el porcentaje de cotización será de 10.5% sobre esa base.

Si transcurridos los 12 meses, la persona continúa desempleada y pertenece a los niveles 1 o 2 del SISBEN deberá ser afiliado de forma automática al Régimen Subsidiado en Salud.

En el evento que las Cajas de Compensación Familiar, mediante mecanismo de alianza, sociedad o unión temporal, logren financiar dicho subsidio con recursos inferiores al cuarto ($\frac{1}{4}$) de punto establecido, la financiación se reducirá a la proporción necesaria. Si por el contrario no es suficiente dicho cuarto ($\frac{1}{4}$) de punto, el faltante será asumido con excedentes de ejecución de los recursos del FONEDE o del artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

ARTÍCULO 43°. IMPUESTO SOCIAL A LAS ARMAS Y MUNICIONES.

Modifíquese el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 224.- Impuesto social a las armas y municiones. A partir del 1° 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 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 44°. RECURSOS DESTINADOS PARA UPC SUBSIDIADA POR DEPARTAMENTOS, DISTRITOS Y MUNICIPIOS. Los departamentos, distritos

y municipios que deseen aumentar su cobertura en salud, podrán continuar realizando aportes para la atención de la población en su territorio.

Los montos de recursos que los departamentos, distritos y municipios 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.

El pago de la UPC subsidiada para toda la población de los niveles 1 y 2 del SISBEN 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.

ARTÍCULO 45°. FONDO DE GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD.

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 Entidades Promotoras de Salud o de las Empresas Sociales del Estado, en caso de liquidación o de Entidades Promotoras de Salud o de de liquidación o intervención de Empresas Sociales del Estado hasta el 20% del gasto operacional de las ESE intervenida o liquidada, de tal manera que se dejen a salvo los derechos de los afiliados, se cubran los pagos a los prestadores y se garantice la continuidad en el servicio de atención en salud. Para financiar este fondo, en el caso de las Entidades Promotoras de Salud, estas deberán realizar un aporte equivalente al 0.5% de sus ingresos. En el caso de las Empresas Sociales del Estado, se financiará con los rendimientos financieros del FOSYGA, con los recursos descritos en los artículos 59, 60 y 78 de la ley 715, conforme a la reglamentación del Gobierno Nacional.

El Fondo pagara acreencias de las EPS hasta por el monto que establezca el Gobierno nacional. Los recursos del Fondo no hacen parte de la masa de la liquidación cuando este sea el evento.

Las IPS privadas deberán contratar seguros que aseguren el pago de las obligaciones que adquieran.

Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación.

ARTÍCULO 46°. RETENCIÓN EN LA FUENTE DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de retención en la fuente tomando como base los conceptos constitutivos del Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad

Social en Salud. El agente retenedor girará los recursos al FOSYGA o quien haga sus veces.

TÍTULO VI. DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 47°. 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.
2. La capitación no libera a la Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.
3. Se excluyen del mecanismo de contratación por capitación las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública que deben hacerse bajo un esquema de inducción de la demanda.

ARTÍCULO 48°. PROHIBICIÓN DE LIMITACIONES AL ACCESO. Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad o calidad.

ARTÍCULO 49°. 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.

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.

Los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, 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.

ARTÍCULO 50°. HABILITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 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.

ARTÍCULO 51°. 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 deberá atender su IPS para poder ser una Empresa Social del Estado La Nación desarrollará estímulos para promover las fusiones voluntarias.

ARTÍCULO 52°. 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.

CAPÍTULO II. REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ARTÍCULO 53°. DE LA MODALIDADES DE REDES 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 EPS deberán articular, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad.

ARTÍCULO 54°. CONFORMACIÓN DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD. Las EPS establecerán las redes incluyendo prestadores públicos, privados o mixtos que garanticen el plan de beneficios a su cargo, de acuerdo con la reglamentación de habilitación de redes que expida el MPS. La implementación del modelo de atención primaria en salud consagrado en la presente Ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse con IPS, públicas, privadas o mixtas, en ejercicio de su autonomía determinaran la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes.

ARTÍCULO 55°. 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:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.

- d. Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.
- e. Adecuada estructuración de un primer nivel baja complejidad de atención fortalecido y multidisciplinario que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.
- f. Mecanismos efectivos de referencia y contrareferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.
- g. Red de transporte y comunicaciones
- h. Acción intersectorial efectiva.
- i. Esquemas de participación social amplia.
- j. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.
- k. 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.
- l. Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.
- m. 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 56°. COORDINACIÓN DE LA RED. La coordinación de la red a cargo de la EPS, busca 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:

- a. La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información clínica que incluyan aspectos como la historia clínica única electrónica, el reporte de exámenes clínicos, y la elaboración y gestión, según la reglamentación que para el efecto desarrolle el MPS.

- b. 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 éstos mismos.
- c. 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.
- d. La coordinación del portafolio de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles
- e. Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.
- f. La facilitación por su intermedio de la gestión de servicios, medicamentos e insumos entre sus integrantes, en las mejores condiciones de calidad y costo efectividad
- g. 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.

CAPÍTULO III. EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

ARTÍCULO 57°. 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.

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 58°. 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.

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.

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, 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 59°. 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, esta inhabilidad regirá hasta por un año después de la dejación del cargo. Tampoco podrán ser vinculados a la ESE respectiva, el cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil de gobernadores o alcaldes que tengan puesto en la Junta Directiva respectiva o de los miembros de las mismas.

ARTÍCULO 60°. 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. 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.

ARTÍCULO 61°. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE LOS PLANES 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. 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 plan de gestión aprobado podrá ser revisado o modificado cuando las condiciones.
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 62°. EVALUACIÓN DE PLANES DE GESTIÓN DE DIRECTORES O GERENTES 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.

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 tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, que contará con un término de quince días (15) para resolver.
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, o de la información requerida por el Ministerio de protección Social o la SNS, en los términos y plazos establecidos para tal fin, producirá de manera inmediata la evaluación no satisfactoria.

ARTÍCULO 63°. METODOLOGÍA DE REPORTE DE INGRESOS, GASTOS Y COSTOS DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. El MPS en un términos no superior a un año establecerá la metodología para la clasificación y reporte de los ingresos, gastos y costos de las IPS 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 servirán para evaluar la gestión de los gerentes y clasificar el riesgo de las entidades.

ARTÍCULO 64°. CONTRATACIÓN CON INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud deberán contratar y ejecutar con las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud mínimo el sesenta por ciento (60%) del gasto en salud del Régimen Subsidiado.

Este porcentaje podrá disminuir 10 puntos porcentuales por cada año, si los resultados de interventoría de aseguramiento y los planes de salud pública, o de auditoría de la EPS, demuestran que la red pública no garantiza condiciones de acceso, calidad y oportunidad en los servicios contratados, o no reporta la información suficiente y con la calidad mínima establecida por el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 65°. EFICIENCIA Y TRANSPARENCIA EN CONTRATACIÓN, ADQUISICIONES Y COMPRAS DE LAS ESE. Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las ESE 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 actuación administrativa y la contratación pública.

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 66°. COBRO DE JURISDICCION COACTIVA. Las ESES podrán utilizar el mecanismo de cobro jurisdiccional coactivo.

ARTÍCULO 67°. SANEAMIENTO DE CARTERA. El Gobierno pondrá en marcha un Programa para el Saneamiento de cartera de las Empresas Sociales del Estado.

ARTÍCULO 68°. VENTA DE CARTERA A ESTABLECIMIENTOS FINANCIEROS. Los prestadores de servicios de salud podrán vender su cartera a establecimientos financieros vigilados por Superintendencia Financiera previa valoración, estructuración de la misma. Los estudios deberán soportar la conveniencia de colocar la cartera en subasta pública, cuando estos mecanismos sean transparentes y se ajusten en su totalidad al reglamento, podrán dar lugar a la negociación de la cartera por montos inferiores a su valor original sin que se cause detrimento patrimonial. Toda venta de cartera deberá realizarse mediante acto administrativo con los soportes correspondientes.

ARTÍCULO 69°. 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 70°. DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales 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 financiero, a partir de sus ingresos y gastos.

Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán en:

1. Empresas Sociales de Estado en Riesgo Bajo: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea mayor o igual a 1,0.
2. Empresas Sociales de Estado en Riesgo Medio: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero esté entre 0,90 y 0,99.
3. Empresas Sociales del Estado en Riesgo Alto: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea menor a 0,90 o que no hayan superado el riesgo medio en los términos establecidos en el plan de fortalecimiento fiscal y financiero.

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.

El informe de riesgo hará parte del informe de gestión del gerente de la respectiva entidad a la junta directiva y a otras entidades que lo requieran.

PARÁGRAFO. Cuando se detecte alguna imprecisión en la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado, dicha empresa quedará categorizada por lo menos en riesgo medio y deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero. Lo anterior, sin perjuicio de las investigaciones que se deban adelantar por parte de los organismos de vigilancia y control.

ARTÍCULO 71°. 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 adoptar 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 72º. 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 73º. RECURSOS DE CREDITO PARA 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 IPS públicas, mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias, que como mínimo garanticen, por parte de la entidad hospitalaria, su sostenibilidad durante 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 IPS 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 74°. 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, 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 75°. DEL PASIVO PRESTACIONAL DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD. En concordancia con el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y los entes territoriales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las instituciones del sector salud públicas y privadas al finalizar la vigencia de 1993 con cargo a los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar.

PARÁGRAFO. Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las entidades territoriales emitan los bonos pensionales de valor constante respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental.

ARTÍCULO 76°. 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 del 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 IPS 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 MPS. En este proceso de saneamiento podrán administrar recursos de distintas fuentes.

Si vencido este término no se hubiere realizado el saneamiento, las entidades mencionadas en el presente artículo girarán los recursos excedentes al 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 77°. 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 78°. 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 79°. 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. La Red Pública no podrá comprar por encima de los precios de referencia.

ARTÍCULO 80°. GARANTÍA DE LA COMPETENCIA. El Gobierno Nacional deberá garantizar la competencia efectiva para la producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, podrá realizar la importación paralela de éstos, establecer límites al gasto y adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos de buena calidad a precios accesibles.

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

CAPÍTULO V. INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

ARTÍCULO 81°. INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD.

Autorícese al MPS la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán ser 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 82°. 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 con Centros de Evaluación acreditados para la evaluación de tecnologías médicas nacionales e internacionales las evaluaciones de tecnologías.
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 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 83°. 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, rehabilitación y paliación 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 84°. 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 85°. 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 86°. 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.

ARTÍCULO 87°. DE LA FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un programa de formación continua en 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, Empresas 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, los empleadores.

ARTÍCULO 88°. DE LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD: Modifíquese 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.

ARTÍCULO 89°. HOSPITALES UNIVERSITARIOS: El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometido 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:

- a) Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad;

- b) 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;
- c) Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a prestación de los servicios asistenciales.
- d) Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.
- e) 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;
- f) 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;
- g) 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.

ARTÍCULO 90°. DEL SERVICIO SOCIAL VOLUNTARIO: Modificar el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“Créase el servicio social voluntario para las profesiones del área de la salud que se cumplirá inmediatamente después de finalizado un programa de pregrado o de especialización, en plazas ubicadas en instituciones que atiendan población en condiciones de pobreza o vulnerabilidad que tengan dificultades de acceso a los servicios de salud.

Estas plazas serán cargos de planta temporales no sujetos a carrera administrativa, tendrán las condiciones laborales y salariales vigentes

para los cargos similares de la institución que las ofrece y serán aprobadas por la Dirección Territorial de Salud respectiva.

La duración del Servicio Social Voluntario será de un año para profesionales no especialistas y de seis meses para especialistas.

Quienes cumplan el servicio social voluntario tendrán acceso preferencial a los programas de especialización, créditos, becas y estímulos ofrecidos por instituciones que se financien con recursos del presupuesto público o del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

ARTÍCULO 91º. DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DEL ÁREA DE LA SALUD: Modifíquese el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionando 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 creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Se autoriza a las Instituciones Prestadoras de Servicios 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.

ARTÍCULO 92º. AUTORREGULACION PROFESIONAL: Modifíquese 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:

- a) El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios;
- b) 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;
- c) 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.
- d) No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran.

- e) 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 93°. AUTONOMIA PROFESIONAL: Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas que regulan el ejercicio de su profesión.

ARTÍCULO 94°. PROHIBICION DE PREBENDAS, DÁDIVAS O INCENTIVOS PERVERSOS A TRABAJADORES EN EL SECTOR DE LA SALUD: Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas o incentivos perversos a profesionales de la salud, sea este en dinero o en especie, por parte de las EPS, IPS 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 profesional.

PARÁGRAFO 1. Las empresas o instituciones que incumplan con lo establecido en el presente artículo serán sancionadas con 100 SMMLV, multa que se duplicará en caso de reincidencia. Estas sanciones serán tenidas en cuenta al momento de evaluar procesos contractuales con el Estado.

PARÁGRAFO 2. Los profesionales de la salud que reciban este tipo de prebendas o dádivas deberán ser investigados por los Tribunales de Ética Médica. En el caso de los empleados de las áreas diferentes a la de prestación directa de servicios serán investigados por las autoridades competentes. Lo anterior, sin perjuicio de las normas disciplinarias vigentes.

CAPÍTULO VII. CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ARTÍCULO 95°. INDICADORES EN SALUD. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, EPS y de las IPS, 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 96°. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, EPS E IPS. 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 EPS e IPS 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 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 97°. 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, el Sisben y de las EPS para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras. En concurrencia con el Ministerio de TIC se desarrollará un plan para garantizar la conectividad de los territorios con los sistemas de información centralizados el sector de salud.

ARTÍCULO 98°. OBLIGACIÓN DE REPORTAR. Es una obligación de las EPS, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud 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 deberán presentar anualmente a la Superintendencia de Salud información detallada sobre el estado de salud de los menores de edad afiliados.

ARTÍCULO 100°. RESTRICCIONES POR LA NO PROVISION 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, o de las prestaciones de salud (RIPS) serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las EPS y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la SNS para que obre de acuerdo a su competencia.

TÍTULO VII. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 101°. DESCONCENTRACIÓN. Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de salud podrá desconcentrar o 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, presentaran 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.

ARTÍCULO 102°. 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 SNS para que

ejerza la inspección vigilancia y control en las entidades territoriales, se incrementaran del 0.2% al 0.4%.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se continuarán aplicando a la interventoría de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado a que se refiere la mencionada ley, hasta que se unifiquen los regímenes de aseguramiento. Para este efecto la Superintendencia acreditará empresas de interventoría con los cuales contratarán los municipios mediante concurso de meritos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá vigilancia sobre el proceso y ejecución de esta contratación.

ARTÍCULO 103°. 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.
3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas.
4. La comisión de regulación en salud CRES y el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o quienes hagan sus veces.
5. Los Fondos de prestación y administración de recursos de las EPS.
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 104°. PRESENTACION DE INFORMES FINANCIEROS DE EPS.

Para la vigilancia y control de las EPS estas 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 105°. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL A LOS DEBERES DE LOS EMPLEADORES.

La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales 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 106°. EJE DE ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES. El numeral 5 del Artículo 37 de la Ley 1122 de 2007 quedara 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 Empresas Promotoras de Salud, 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 Empresas Promotoras de Salud o instituciones prestadoras de servicios de salud, deberá decidir sobre su liquidación.

ARTÍCULO 107°. 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 108°. FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Adiciónese el literal (e) y (f) al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007:

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

(f) Conflictos derivados de las glosas entre pagadores y prestadores del Sistema General de SSS

Modificar el parágrafo 2º del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, 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. 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 109°. MEDIDAS CAUTELARES EN LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Adicionar un nuevo parágrafo al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 así:

"Parágrafo Tercero: La Superintendencia Nacional de Salud deberá:

- a. Ordenar, dentro del proceso judicial, las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.

- b. Suspender, de manera inmediata, la aplicación del acto concreto que lo amenace o vulnere, mientras se surte el mismo en los términos establecidos en la Ley.
- c. 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 multifiliación 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 110°. 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 C.C.A.

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

ARTÍCULO 111°. 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.

12.No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, por o por la CRES o quien haga sus veces.

13.Obstruir las Investigaciones e incumplir las obligaciones de información.

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 112°. VALOR DE LAS MULTAS POR CONDUCTAS QUE VULNERAN EL GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD. 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 113°. 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 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 114°. MULTAS POR NO PAGO DE LAS ACRENCIA POR PARTE DEL FOSYGA O LA EPS. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas de hasta de cinco mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (5.000 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 EPS no gire oportunamente a una IPS las obligaciones causadas por actividades o medicamentos.

Comentario [j1]: A quien se sancionaría aquí.

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 115°. DOSIFICACIÓN DE LAS MULTAS. Para efectos de graduar las multas previstas en la presente ley, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- a. El grado de culpabilidad.
- b. La trascendencia social de la falta o el perjuicio causado, en especial respecto de personas en debilidad manifiesta o con protección constitucional reforzada.
- c. Poner en riesgo la vida o la integridad física de la persona.
- d. 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.
- e. El beneficio obtenido por el infractor con la conducta en caso que éste pueda ser estimado.
- f. El grado de colaboración del infractor con la investigación.
- g. La reincidencia en la conducta infractora.

- h. 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;
- i. Las modalidades y circunstancias en que se cometió la falta y los motivos determinantes del comportamiento.

TÍTULO VIII. DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA

ARTÍCULO 116°. POLÍTICA NACIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL. El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

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

ARTÍCULO 117°. DEFENSOR DEL USUARIO DE LA SALUD. Para la financiación del 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 118°. 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 119°. DEBERES Y OBLIGACIONES. Los usuarios del sistema de seguridad social en salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones:

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

- c. Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.
- d. 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.
- e. Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del sistema.
- f. Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del sistema.
- g. 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.
- h. 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.
- i. 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.
- j. Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.
- k. Hacer un uso racional de los recursos del sistema.
- l. Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios.
- m. 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 IX. OTRAS DISPOSICIONES

ARTÍCULO 120°. ENFERMEDADES HUÉRFANAS. Modifíquese el artículo 2 de la ley 1392 de 2010, así:

“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 121º. DIFUSIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA LEY. El Ministerio de 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, los usuarios que integren el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 122º. COMPILACIÓN. Facúltese al Gobierno Nacional para compilar las leyes que regulen aspectos relacionados con la salud y la seguridad social, sin que esta facultad implique modificar su contenido.

ARTÍCULO 123º. 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 y 175 de la Ley 100 de 1993, el párrafo del artículo 3 y 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 lay 1066 de 2006.

Comentario [m2]:
Revisar sentencia de ley 1150
Sentencia C-259/08

TABLA DE CONTENIDO

ARTICULADO LEY ORDINARIA	1
TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES	1
TÍTULO II. SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	4
CAPÍTULO I. SALUD PÚBLICA.....	4
CAPÍTULO II. PROMOCION Y PREVENCIÓN	5
CAPÍTULO III. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	7
TÍTULO III. SALUD PREVALENTE Y DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.	9
TÍTULO IV. ASEGURAMIENTO	10
CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES	10
CAPÍTULO II. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	11
CAPÍTULO III. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO	14
CAPÍTULO IV. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD	16
TÍTULO V. FINANCIAMIENTO	17
CAPÍTULO I. FUENTES DE FINANCIACIÓN	17
TÍTULO VI. DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	22
CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES	22
CAPÍTULO II. REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	23
CAPÍTULO III. EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.....	26
CAPÍTULO IV. MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS	34
CAPÍTULO V. INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	35
CAPÍTULO VI. TALENTO HUMANO.....	36
CAPÍTULO VII. CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	41
TÍTULO VII. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.....	43
TÍTULO VIII. DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA	51
TÍTULO IX. OTRAS DISPOSICIONES	52