



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)  
 IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
 www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 654

Bogotá, D. C., viernes, 30 de agosto de 2013

EDICIÓN DE 68 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO  
 SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
 www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO  
 SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
 www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### PONENCIAS

**INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 210 DE 2013 SENADO Y SUS ACUMULADOS 233 DE 2013 Y 051 DE 2012 SENADO**

*por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C.,  
 Senador  
 GUILLERMO SANTOS MARÍN  
 Presidente  
 Comisión Séptima  
 Senado de la República  
 Ciudad

**Ref.:** Informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados **233 de 2013 y 051 de 2012 Senado**.

Señor Presidente:

En cumplimiento de la designación efectuada de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, se presenta pliego de modificaciones e informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados **233 de 2013 y 051 de 2012 Senado**.

**1. Consideraciones iniciales**

El **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, fue radicado el día 19 de marzo de 2013 por el Gobierno Nacional y el Presidente

de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República designó ponentes el 21 de marzo de 2013.

A dicha iniciativa se acumularon los **Proyectos de ley número 051 de 2012**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, presentado por los honorables Senadores Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Edinson Delgado Ruiz, y el **Proyecto de ley número 233 de 2013**, por medio de la cual se regula el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, presentado por Luis Carlos Avellaneda y otros, con el apoyo de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA).

El trámite del proyecto de ley se ha visto acompañado por una serie de audiencias públicas que se realizaron para analizar los diferentes temas. A continuación se enumeran las fechas de las audiencias, el lugar y los temas de discusión.

	Fecha de la audiencia	Lugar	Tema
1	Jueves 11 de abril de 2013	Bogotá - Auditorio Luis Carlos Vélez	Entidades Territoriales
2	Lunes 15 de abril de 2013	Bogotá - Salón Boyacá Capitolio Nacional	Asociaciones de pacientes
3	Miércoles 17 de abril de 2013	Bogotá - Salón Boyacá Capitolio Nacional	Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud
4	Jueves 18 de abril de 2013	Bogotá - Recinto de la Comisión Primera de Cámara	Asociaciones científicas
5	Lunes 22 de abril de 2013	Bogotá - Recinto de la Comisión Séptima de Senado	Hospitales y Empresas Sociales del Estado
6	Miércoles 24 de abril 2013	Bogotá - Salón Boyacá Capitolio Nacional	Gremios del sector Farmacéutico
7	Jueves 25 de abril de 2013	Bogotá - Recinto de la Comisión Séptima de Senado	Facultades de medicina
8	Lunes 29 de abril de 2103	Medellín - Universidad Pontificia Bolivariana	Actores regionales del Sistema

	Fecha de la audiencia	Lugar	Tema
9	Martes 30 de abril 2013	Bogotá - Salón Boyacá Capitolio Nacional	Etnias - Afrocolombianos, indígenas, raizales, palenques y comunidades ROM.
10	Martes 7 de mayo de 2013	Cali - Hospital Universitario del Valle "Evaristo García"	Actores regionales del Sistema.
11	Viernes 10 de mayo de 2013	Barranquilla - Universidad del Norte	Actores regionales del Sistema.
12	Jueves 16 de mayo de 2013	Bucaramanga - recinto de Concejo de Bucaramanga	Actores regionales del Sistema.

De igual forma el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objeto de socializar las implicaciones del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, realizó diferentes foros en las ciudades de Medellín, Cali y Bogotá. En el mismo sentido de construcción participativa, el señor Vicepresidente de la República realizó el 23 y 24 de mayo de 2013, en la ciudad de Ibagué, una jornada sobre "diálogo social de la salud".

Estas audiencias públicas y foros contaron con la participación de agentes, autoridades públicas y privadas, usuarios y pacientes interesados en las propuestas presentadas. Así, se trató de un esfuerzo de democracia participativa de concertación y depuración en una materia de profunda relevancia como es la salud de los colombianos. Entre los temas que se trataron y que se tuvieron en cuenta en el informe de ponencia para primer debate, vale la pena destacar:

- El derecho a la salud se define como un derecho fundamental.
- El capítulo relacionado con planes complementarios fue eliminado.
- Se estableció que los recursos de la salud son recursos públicos.
- Se propone como nueva entidad sectorial a Salud-Mía, cuyas funciones, entre otras, serán las de recaudar, pagar y afiliar.
- Se define un plan de beneficios Mi-Plan más amplio que el Plan Obligatorio de Salud (POS), con inclusión progresiva de servicios y tecnologías que están hoy por fuera del plan obligatorio y que va a contribuir al mejor funcionamiento del sistema.
- Se incluyen los capítulos de salud pública y Atención Primaria en Salud (APS) y de talento humano sectorial.
- Se incluye un régimen especial para los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado, quienes se encuentran expuestos a vínculos laborales que no les generan estabilidad y respeto pleno a sus derechos salariales y prestacionales.

Es importante resaltar que el pasado 18, 19 y 20 de junio, el honorable Congreso de la República aprobó el proyecto de ley de carácter estatutario "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones", en el cual se regula y garantiza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y se establecen sus mecanismos de protección. Actualmente esta iniciativa se encuentra en control previo por parte la Corte Constitucional. En todo caso su contenido

debe servir para enmarcar lo que se debatirá por parte del Honorable Congreso de la República dentro del presente trámite legislativo.

## 2. Sobre el trámite en primer debate

En sesiones siguientes ordinarias de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, fueron considerados los informes de ponencias para primer debate y los textos propuestos (de las ponencias positivas) al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado:**

- 29 de mayo de 2013 (según Acta número 28);
- 4 de junio de 2013 (según Acta número 29);
- 5 de junio de 2013 (según Acta número 30);
- 11 de junio de 2013 (según Acta número 31);
- 12 de junio de 2013 (según Acta número 32) y,
- 13 de junio de 2013 (según Acta número 33), presentadas por los honorables Senadores: Jorge Eliécer Ballesteros, Edinson Delgado Ruiz, Antonio José Correa Jiménez, Guillermo Antonio Santos Marín, Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Zapata Correa Gabriel Ignacio (Coordinadores ponentes) y los honorables Senadores: Liliana María Rendón Roldán, Gloria Inés Ramírez Ríos, Teresita García Romero, Gilma Jiménez Gómez, Astrid Sánchez Montes De Oca, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Germán Bernardo Carlosama López (Ponentes).

### 2.1. Informes de ponencia

Al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado** se presentaron 4 informes de ponencia para primer debate, a los cuales se les autorizó por el Presidente de la Comisión la reproducción mecánica:

- **Informe de ponencia mayoritaria:** El informe de ponencia de 90 artículos fue radicado el 29 de mayo de 2013, publicado en la misma fecha en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, y suscrito por los honorables Senadores: Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruiz, Astrid Sánchez Montes de Oca, Gabriel Zapata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero y Guillermo Antonio Santos Marín. La honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez, mediante escrito del 5 de junio de 2013, se adhirió a esta ponencia mayoritaria.

- **Informe de ponencia negativa (sustitutiva):** El informe de ponencia fue radicado el 29 de mayo de 2013, publicado en *Gaceta del Congreso* número 346 de 2013 del 30 de mayo de 2013 y suscrito por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez.

- **Informe de ponencia positiva (minoritaria):** El informe de ponencia de 53 artículos fue radicado

el 30 de mayo de 2013, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 350 de 2013 del 31 de mayo de 2013 y suscrito por la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos.

• **Proposición de aplazamiento de la discusión y aprobación del articulado para la próxima legislatura:** Radicada el 4 de junio de 2013, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 379 de 2013 del 6 de junio de 2013 y presentada por la honorable Senadora Liliana María Rendón Roldán.

## 2.2. Impedimentos

En las sesiones adelantadas los días 4 y 5 de junio de 2013, según consta en Actas números 29 y 30, fueron puestos a consideración y votación impedimentos por presunto conflicto de intereses de los honorables Senadores, para participar en la discusión y votación al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado**, así:

Honorable Senador Edinson Delgado Ruiz.

Honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.

Honorable Senadora Astrid Sánchez Montes de Oca.

Honorable Senador Germán Bernardo Carlosama López.

La Comisión Séptima Constitucional Permanente del honorable Senado de la República desestimó mayoritariamente la existencia de conflicto de intereses negando los impedimentos presentados.

## 2.3. Votación

Una vez finalizó la discusión y votación de los impedimentos presentados, se puso en consideración de la Comisión, los días **5 y 11 de junio de 2013**, las respectivas proposiciones con que termina cada uno de los cuatro informes de ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado**, se obtuvo el siguiente resultado:

• Fue negada la proposición de aplazamiento de la discusión y aprobación del articulado para la próxima legislatura presentada por la honorable Senadora Liliana María Rendón Roldán.

• Fue negada la proposición sustitutiva que propone el archivo del **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado** presentada por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez.

• Fue aprobada la proposición con que termina la ponencia mayoritaria, suscrita por los honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruiz, Astrid Sánchez Montes de Oca, Gabriel Za-

pata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero, Guillermo Antonio Santos Marín y Gilma Jiménez Gómez.

• Fue negada la proposición con que termina el informe de ponencia minoritaria, suscrita por la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos.

La discusión y votación del articulado, título y decisiones de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República se realizó durante las sesiones de los días **11, 12 y 13 de junio de 2013**, según Actas números 31, 32 y 33, respectivamente. Puesto a consideración el articulado, el mismo fue aprobado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5°, Acto Legislativo 01 de 2009. La aprobación del proyecto de ley en primer debate se realizó con la votación exigida por la Constitución y la ley y se efectuó de manera pública y nominal.

Para la discusión y votación en primer debate al proyecto de ley del asunto se utilizó la siguiente metodología:

i) Se discutió y votó en bloque los artículos que no tenían ninguna proposición;

ii) Se discutió y votó los artículos que tenían una proposición;

iii) Se discutió y votó los artículos que tenían dos proposiciones, y

iv) Se discutió y votó los artículos que tuvieran dos o más proposiciones.

Es pertinente mencionar que en sesión del **11 de junio de 2013** se dispuso conformar una comisión accidental para estudiar, revisar y facilitar la respectiva conciliación de las proposiciones que no habían sido votadas y, posteriormente, presentar el respectivo informe. Esta comisión quedó integrada por los honorables Senadores Edinson Delgado Ruiz, Antonio José Correa Jiménez, Gabriel Zapata Correa, Guillermo Antonio Santos Marín, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Astrid Sánchez Montes de Oca, Germán Bernardo Carlosama López y Mauricio Ernesto Ospina Gómez.

Teniendo en cuenta lo anterior se obtuvo el siguiente resultado:

## CAPÍTULO I

### Disposiciones generales

Artículo 1°. <i>Objeto de la ley</i>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENCIA MAYORITARIA
Artículo 2°. <i>Ámbito de la ley</i>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN
Artículo 3°. <i>Objetivos y características</i>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN. SE NEGÓ LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS.

<b>Artículo 4. Evaluación del sistema</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER Y EDINSON DELGADO RUIZ.
<b>Artículo 5°. Principios del sistema</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER, LUIS CARLOS AVELLANEDA Y EDINSON DELGADO RUIZ, LA DE GILMA JIMÉNEZ GÓMEZ Y LA DE JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER, Y EDINSON DELGADO RUIZ. SE NEGÓ LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS

## CAPÍTULO II

### Salud pública y atención primaria en salud

<b>Artículo 6°. Salud pública</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 12 DE JUNIO Y LUEGO DE LEIDA LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS SE NEGÓ LA MISMA.
<b>Artículo 7°. Plan decenal de salud pública</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 12 DE JUNIO Y LUEGO DE LEIDA LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS SE NEGÓ LA MISMA.
<b>Artículo 8°. Planes territoriales de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 12 DE JUNIO Y LUEGO DE LEIDA LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS SE NEGÓ LA MISMA.
<b>Artículo 9°. Estrategia de atención primaria en salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER, EDINSON DELGADO RUIZ, GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN, TERESITA GARCÍA ROMERO Y ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA. SE NEGÓ LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS
<b>Artículo 10. Investigación, innovación y desarrollo tecnológico para la salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA

## CAPÍTULO III

### Manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

<b>Artículo 11. Creación de Salud-Mía</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 12 DE JUNIO Y LUEGO DE LEIDA LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS SE NEGÓ LA MISMA.
---	---

<b>Artículo 12. Régimen de la Unidad de Gestión-Salud-Mía</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 12 DE JUNIO Y LUEGO DE LEIDA LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS SE NEGÓ LA MISMA.
<b>Artículo 13. Objeto</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. NO SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS.
<b>Artículo 14. Funciones de la Unidad de Gestión</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELIÉCER BALLESTEROS Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN. SE NEGÓ LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS
<b>Artículo 15. Domicilio y patrimonio</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 12 DE JUNIO Y LUEGO DE LEIDA LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS SE NEGÓ LA MISMA.
<b>Artículo 16. Recursos que recaudará y administrará la Unidad de Gestión</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE NEGÓ LAS PROPOSICIONES DE LAS HONORABLES SENADORAS GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS Y CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO. SE DEJÓ COMO CONSTANCIA LA PROPOSICIÓN PRESENTADA POR ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ, GABRIEL ZAPATA CORREA, ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA Y TERESITA GARCÍA ROMERO
<b>Artículo 17. Destinación de los recursos administrados</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LAS PROPOSICIONES DEL HONORABLE SENADOR GERMÁN BERNARDO CARLOSAMA LÓPEZ Y LA DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER. SE NEGÓ LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS
<b>Artículo 18. Órgano de dirección y administración</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LOS HONORABLES SENADORES GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN, JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER Y EDINSON DELGADO RUIZ (SE ENCUENTRA FUSIONADA LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO). SE NEGÓ LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS
<b>Artículo 19. Inicio de operación</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER.
<b>Artículo 20. Plan de beneficio de salud Mi-Plan</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. NO SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GILMA JIMÉNEZ GÓMEZ

## CAPÍTULO IV

## Plan de beneficios de salud - Mi Plan

<b>Artículo 21. Criterios para definir exclusiones</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 12 DE JUNIO Y SE LEYERON DOS PROPOSICIONES: UNA DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS QUE SE NEGÓ Y OTRA DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER QUE SE APROBÓ. NUEVAMENTE SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 13 DE JUNIO Y SE LEYÓ PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS EN LA CUAL SE APROBÓ UN NUEVO PARÁGRAFO.
<b>Artículo 22. Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 12 DE JUNIO Y LUEGO DE LEIDA LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS SE NEGÓ LA MISMA.
<b>Artículo 23. Información sobre servicios y tecnologías de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 24. Vigilancia de las tecnologías de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA

## CAPÍTULO V

## Atención individual y redes de prestación de servicios de salud

<b>Artículo 25. Atención individual en salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 26. Prestadores de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER, EDINSON DELGADO RUIZ, ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA Y DE GILMA JIMÉNEZ GÓMEZ LAS CUALES FUERON FUSIONADAS EN UNA SOLA.
<b>Artículo 27. Red de prestación de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 28. Habilitación de redes de prestación de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. NO SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA CLAUDIA JEANNETH WILCHES
<b>Artículo 29. Áreas de Gestión Sanitaria</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 30. Áreas de Gestión Sanitaria Especial</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LOS HONORABLES SENADORES ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA, EDINSON DELGADO RUIZ, GERMÁN BERNARDO CARLOSAMA LÓPEZ Y JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER. SE NEGÓ LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO.

## CAPÍTULO VI

## Gestores de servicios de salud

<b>Artículo 31. Gestores de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN PRESENTADA.
<b>Artículo 32. Funciones de los gestores de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES PRESENTADAS POR LOS HONORABLES SENADORES CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO Y JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN. SE NEGARON LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS Y CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO ESTA ÚLTIMA SOBRE EL LITERAL L).
<b>Artículo 33. Comisión de Área de Gestión Sanitaria</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN PRESENTADA POR LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN.
<b>Artículo 34. Ámbito de operación del gestor de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 13 DE JUNIO Y SE LEYÓ LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS QUE SE NEGÓ
<b>Artículo 35. Habilitación de gestores de servicios de salud en un Área de Gestión Sanitaria</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 13 DE JUNIO Y SE LEYÓ PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS LA CUAL SE NEGÓ. SE APROBÓ IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 36. Operación simultánea de los regímenes contributivo y subsidiado</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO. SE SOLICITÓ REAPERTURA EL 13 DE JUNIO Y SE LEYÓ PROPOSICIÓN DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER, EDISON DELGADO RUIZ Y ASTRID MONTES DE OCA QUE SE APROBÓ ADICIONANDO UN INCISO. DE IGUAL FORMA SE HACEN UNAS PRECISIONES AL ARTÍCULO EN MENCIÓN.
<b>Artículo 37. Gestores de servicios de salud con participación pública</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 38. Integración vertical</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER Y ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ Y GABRIEL ZAPATA CORREA
<b>Artículo 39. Reconocimientos y pagos a los gestores de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER. NO SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO.

<b>Artículo 40. Pago a los prestadores de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 41. Sistema de pago por desempeño</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN Y ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA, EDINSON DELGADO RUIZ, Y JORGE ELÉCER BALLESTEROS BERNIER.
<b>Artículo 42. Garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 43. Ajuste y redistribución de riesgo</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA

**CAPÍTULO VII**

**Talento humano en salud**

<b>Artículo 44. Definición de residente y su participación en los servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 45. Cupos de residentes</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN, ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA Y GERMÁN CARLOS AMA LÓPEZ.
<b>Artículo 46. Formalización laboral para los residentes en instituciones prestadoras de servicios de salud privadas</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 47. Régimen laboral de los residentes en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENTIA MAYORITARIA. NO SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS.
<b>Artículo 48. Hospital universitario</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELÉCER BALLESTEROS BERNIER, GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN, ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA Y EDINSON DELGADO RUIZ. NO SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS.
<b>Artículo 49. Incentivos para el personal de la salud que preste sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica de la población o de difícil acceso</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 50. Requisitos para el ejercicio del personal del área de la salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA

**CAPÍTULO VIII**

**Disposiciones de las empresas sociales del Estado**

<b>Artículo 51. Clasificación de los servidores públicos vinculados a las empresas sociales del Estado de nivel nacional y territorial</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENTIA MAYORITARIA. NO SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LA HONORABLE SENADORA GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS.
<b>Artículo 52. Clases de nombramiento</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA

<b>Artículo 53. Régimen salarial y prestacional</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 54. Régimen de administración de personal</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 55. Causales de retiro de los servicios de las empresas sociales del Estado</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 56. Continuidad de la relación</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 57. Plantas de personal</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 58. Ajustes a la planta de personal</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 59. Jornada ordinaria de trabajo para los servidores del sector salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 60. Jornada máxima legal de trabajo para los servidores del sector salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 61. Jornadas de trabajo</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 62. Trabajo diurno y nocturno</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 63. Remuneración del trabajo nocturno</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 64. Remuneración del trabajo suplementario</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 65. Remuneración de trabajo en día de descanso dominical remunerado y en día festivo</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 66. Negociación de la relación laboral</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 67. Exclusividad</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 68. Procesos de selección en curso</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA

**CAPÍTULO IX**

**Inspección, vigilancia y control**

<b>Artículo 69. Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA
<b>Artículo 70. Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELÍCER BALLESTEROS BERNIER Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN
<b>Artículo 71. Modalidades y duración de la toma de posesión</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DELA PONENTIA MAYORITARIA

<b>Artículo 72. Procedimiento de la toma de posesión</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DEL HONORABLE SENADOR JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN
<b>Artículo 73. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 74. Sanciones</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES CLAUDIA WILCHES SARMIENTO Y JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER.
<b>Artículo 75. Sanciones en eventos de conciliación</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 76. Inspección, vigilancia y control por parte de las entidades territoriales</b>	SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE ELIMINACIÓN SUSCRITA POR EL HONORABLE SENADOR JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER. JUNIO 13 DE 2013

## CAPÍTULO X

### Disposiciones transitorias

<b>Artículo 77. Plazo para la implementación de la ley</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 78. Creación y habilitación de entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 79. Transformación o liquidación de las actuales entidades promotoras de salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. NO SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN.
<b>Artículo 80. Balance de ejecución de los recursos del régimen subsidiado por parte de las cajas de compensación familiar</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 81. Continuidad de contratos y obligaciones del Fosyga</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 82. Declaraciones de giro y compensación</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 83. Saneamiento y pago de deudas</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 12 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER Y GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN
<b>Artículo 84. Recobros y reclamaciones ante el Fosyga</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 85. Trámite de glosas</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA

## CAPÍTULO XI

### Disposiciones finales

<b>Artículo 86. Fondo de Garantías para el Sector Salud</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA
<b>Artículo 87. Distribución de los recursos del sistema general de participaciones</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 11 DE 2013. IGUALAL TEXTO DE LA PONENCIA MAYORITARIA

<b>Artículo 88. Nombramiento de gerentes o directores de las empresas sociales del Estado y conformación de juntas directivas</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGEN LAS PROPOSICIONES DE LOS HONORABLES SENADORES JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER, GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN, EDISION DELGADO RUIZ, GERMÁN BERNARDO CARLOSAMA LÓPEZ Y ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA
<b>Artículo 89. Facultades extraordinaria minorías étnicas</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DEL HONORABLE SENADOR GERMÁN BERNARDO CARLOSAMA LÓPEZ
<b>Artículo 90. Vigencias y derogatorias</b>	APROBADO POR MAYORÍA ABSOLUTA. JUNIO 13 DE 2013. SE ACOGE LA PROPOSICIÓN DE LOS HONORABLES SENADORES EDINSON DELGADO RUIZ Y JORGE ELÍECER BALLESTEROS BERNIER

Se aprobaron tres artículos nuevos sobre:

- i) Medidas especiales;
- ii) Adición a las funciones de los personeros, y
- iii) La función de la Superintendencia de Salud para ejercer el control sobre la obligación de reportar al Sismed.

Los demás artículos nuevos que se presentaron fueron retirados por sus autores y dejados como constancia así:

- El honorable Senador Germán Bernardo Carlosama López, presentó proposición de artículo nuevo sobre el transporte de personas discapacitadas.

- La honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez, presentó un artículo nuevo sobre “Plan de beneficios para las niñas, los niños y los adolescentes.

Por su parte, la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos presentó un artículo nuevo, sobre “El Plan de Recuperación y puesta en operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios”, el cual se leyó y se votó negativamente por parte de los miembros de la comisión.

### 3. Contenido del articulado

Se presenta a los honorables Congresistas los cambios y pliego de modificaciones al articulado aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República.

Es pertinente advertir, que dentro del articulado propuesto se incluye un nuevo Capítulo sobre la atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia y la supresión del Capítulo VIII referente al régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado (ESE), con el fin de retomar lo planteado en el proyecto de ley presentado por el Gobierno Nacional el pasado 19 de marzo sobre unas facultades extraordinarias, las cuales fueron solicitadas al Congreso de la República en el marco de las atribuciones constitucionales.

## CAPÍTULO I

### Disposiciones generales

Los **artículos 1° y 2°** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Perma-

nente del Senado de la República, sobre el objeto y el ámbito de aplicación de la ley, continúan con la misma redacción y alcance:

**Artículo 1°.** *Objeto de la ley.* La presente ley tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Establece los principios del Sistema, los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria en salud, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una entidad de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud, el régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y su fortalecimiento y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley.

**Artículo 2°.** *Ámbito de la ley.* La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina, financia, inspecciona, vigila y controla la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud y los roles de los actores involucrados.

El **artículo 3°** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el objeto y características del Sistema, se ajusta para hacerlo concordante con los demás cambios sugeridos.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 3°.** *Objetivo y características.* El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

El Sistema tendrá las siguientes características:

a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Estado;

b) Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial;

c) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;

d) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9ª de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporados en Plan Decenal de Salud Pública y en sus planes territoriales;

e) Tendrá atención primaria y complementaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, a través de un esquema de aseguramiento social al cual se afilien todos los residentes del territorio colombiano. La gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponde a los Gestores de Servicios de salud;

f) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, diferenciados, en forma exclusiva, por los reconocimientos económicos que la ley defina para quienes coticen al mismo.

g) Tendrá un plan de beneficios individual al cual accederán todos los afiliados, estructurado a través de la priorización de servicios y tecnologías de salud susceptibles de financiamiento con cargo a los recursos del Sistema;

h) Contará con una entidad que será la responsable de administrar la información de la afiliación, adelantar el recaudo, administración, pago, giro directo a prestadores y proveedores, o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;

i) Operará mediante esquemas de integración territorial y redes integradas. Para el efecto se conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;

j) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas;

k) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;

l) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, y a los profesionales, dentro de las condiciones de la presente ley.

El **artículo 4°** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la evaluación del Sistema, se elimina del literal j) el tema de la percepción de los usuarios dado que ya está incluido en el literal h) de esta misma disposición.

**Artículo 4°.** *Evaluación del sistema.* A partir del año 2015, cada cuatro (4) años, el Gobierno Nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:

a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;

b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;

c) El aporte de las tecnologías en salud;

d) La capacidad de la red hospitalaria;

e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;

f) Los resultados de las políticas de salud pública;

g) La inspección, vigilancia y control;

h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;

i) La sostenibilidad financiera;

j) La percepción de los usuarios y profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sobre sus condiciones laborales.

El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República, previa la revisión que realice una comisión que para el efecto designen las Comisiones Séptimas Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada dos (2) años a las mencionadas comisiones.

Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector.

El **artículo 5°** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre los principios del Sistema, se ajusta con el propósito de aclarar que el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 fue modificado por la Ley 1438 de 2011. Por lo anterior, se propone modificar su contenido para unificar y desarrollar en forma congruente los principios que orientan el Sistema, los cuales serán complementarios de aquellos que guían el derecho fundamental a la salud de reserva de la ley estatutaria.

Se propone eliminar los principios referentes a la prevalencia del derecho, sujetos especiales de protección y enfoque diferencial, dado que tienen una especial relevancia dentro del principio de igualdad. En el mismo sentido, se propone a los honorables Senadores un capítulo especial sobre la atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia que desarrolle ampliamente los principios antes señalados.

Por su parte, el principio de equidad se adecua a lo establecido en la Observación General 14 de 2000 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El principio de libre escogencia se retitula como de libre elección. Además, se ajusta su redacción a la naturaleza propia de un principio, sin necesidad de recurrir a casos específicos. De otra parte, se excluye el tema de calidad que es, en sí mismo, otro principio.

El principio de sostenibilidad fiscal se redacta en consideración, además del flujo de recursos, que las decisiones que se tomen se hagan en armonía con sus incidencias fiscales.

Se propone eliminar el principio de continuidad dado que se entiende incluido dentro del principio de integralidad.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 5°. Principios del sistema.** El artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011, quedará así:

“Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

**a) Universalidad.** El Sistema cubre a todos los residentes en el territorio colombiano, en todas las etapas de la vida;

**b) Solidaridad.** El Sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, sectores económicos y comunidades para garantizar el acceso y la sostenibilidad de los servicios de salud;

**c) Eficiencia.** El Sistema optimiza la relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y la calidad de vida de la población;

**d) Igualdad.** El Sistema ofrece la misma protección y trato a todas las personas habitantes en el territorio colombiano, quienes gozarán de iguales derechos, sin discriminación por razones de cultura, minoría étnica, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad, capacidad económica y situación de discapacidad, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y niñas y de las acciones afirmativas;

**e) Obligatoriedad.** Todos los residentes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;

**f) Prevalencia de derechos.** El sistema de salud implementará medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a las niñas, los niños y los adolescentes, en cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: Prenatal hasta seis (6) años, de los siete (7), a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.

**g) Sujetos especiales de protección.** El Sistema establecerá medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial a las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas del conflicto armado, discapacitados y adultos mayores. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a esta población.

**h) Enfoque diferencial.** El Sistema reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia y realizará, de manera progresiva, esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación;

**i) Equidad.** El Sistema garantiza políticas públicas tendientes al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección el acceso a la prestación de los servicios a toda la población, independientemente de su capacidad de pago y de sus condiciones particulares;

**j) Calidad.** El Sistema garantiza que los agentes, servicios y tecnologías de salud se centran en los residentes del territorio colombiano, sean apropiados desde el punto de vista médico y técnico y respondan a estándares aceptados científicamente, con integralidad, seguridad y oportunidad. La calidad implica que el personal de la salud sea competente y que se evalúen los establecimientos, servicios y tecnologías ofrecidos;

**k) Participación social.** El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan;

**l) Progresividad.** El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la presta-

ción, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estado;

**m) Libre elección escogencia.** El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir a su Gestor de Servicio de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación; dentro de la oferta disponible, la cual podrá ser definida por la autoridad estatal competente, con base en razones atinentes a la seguridad, calidad y eficiencia del servicio. En todo caso, los cambios no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la prestación del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad;

**n) Sostenibilidad.** El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, los cuales deberán tener un siguiendo criterios para su flujo efectivo. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.

**o) Transparencia.** El Sistema establece que las condiciones de prestación del servicio, la relación entre los distintos agentes del Sistema, la definición de políticas y la información en materia de salud deben ser públicas, claras y visibles, considerando la confidencialidad y protección de datos a que haya lugar;

**p) Descentralización administrativa.** El Sistema se organiza de manera descentralizada administrativamente por mandato de la Ley y de él harán parte las Entidades Territoriales;

**q) Complementariedad y concurrencia.** El Sistema propicia que las autoridades y los diferentes agentes, en los distintos niveles territoriales, colaboren entre sí con acciones y recursos dirigidos al logro de sus objetivos y se articulen adecuadamente sin perjuicio de sus competencias;

**r) Corresponsabilidad.** El Sistema promueve que todas las personas propendan por su autocuidado, por el cuidado de su familia y de la comunidad, por un ambiente sano, por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema y por el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Los agentes del Sistema difundirán, apropiarán y darán cumplimiento a este principio;

**s) Irrenunciabilidad.** El Sistema garantiza que las personas no sean privadas u obligadas a prescindir de sus derechos, ni a disponer de los mismos. El derecho a la Seguridad Social en Salud es de orden público y, por tanto, irrenunciable;

**t) Intersectorialidad.** El Sistema promueve que los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afecten los determinantes sociales y el estado de salud de la población, actúen mediante acciones conjuntas y coordinadas;

**u) Prevención.** El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;

**v) Continuidad.** El Sistema garantiza que dentro de él toda persona tenga vocación de permanencia. Los servicios tecnologías de salud que garantiza el Sistema no pueden ser interrumpidos;

**w) Integralidad.** El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario ni se podrá negar un servicio de salud estrechamente vinculado con otro cubierto por el Sistema. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;

**x) Inembargabilidad.** Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente”.

## CAPÍTULO II

### Salud pública y atención primaria en salud

En el artículo 6° aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre salud pública, se hacen modificaciones para aclarar el alcance de la norma, especialmente, la referencia al tema de rectoría sectorial en salud pública. Además, se incluye dentro de la definición las acciones para disminuir, mitigar o modificar los riesgos individuales.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 6°. Salud pública.** Se entiende por salud pública el conjunto de acciones colectivas llevadas a cabo por el Estado sobre las comunidades y sus entornos, dirigidas y ejecutadas para mantener la salud y prevenir la enfermedad, las cuales incluye:

- Funciones y competencias relacionadas con el ejercicio de la rectoría, y gobernabilidad de la salud pública como lo son entre otras, las de planeación, regulación, gerencia, vigilancia y control en salud pública, y las de inspección, vigilancia y control sanitario en el territorio. Dichas funciones y competencias estarán bajo Estas son una la responsabilidad indelegable del Estado y serán asumidas y financiadas de manera directa por cada Entidad Territorial conforme a las competencias definidas en los artículos 43.3, 44.3 y 45 de la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes. Para tal fin las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces deberán adecuar su estructura técnica, administrativa y de gestión.

—Acciones sectoriales e intersectoriales sobre los enfocadas a intervenir sus determinantes sociales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente así como, que contribuyan a la reducción disminuir de la inequidad en el nivel de salud entre los distintos grupos poblacionales.

- Acciones dirigidas a disminuir, mitigar o modificar los riesgos individuales.

**Parágrafo 1º.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá:

i) Los lineamientos, metodologías, herramientas e instrumentos que permitan fortalecer la planeación y gestión en salud pública en los niveles municipal, distrital y departamental;

ii) Los modelos de evaluación, seguimiento y control;

iii) Las responsabilidades y requerimientos para todos y cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en esta materia; y

iv) Las acciones de cooperación y asistencia técnica permanente necesarias para su implementación y desarrollo.

**Parágrafo 2º.** Las Entidades Territoriales definirán e implementarán conjuntamente con los Consejos Locales de Política Social, las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, los Gestores de Servicios de Salud y con la participación de las comunidades, los mecanismos y estrategias necesarios para la formulación y ejecución de acciones intersectoriales que incidan en los determinantes sociales de la salud. Esto se llevará a cabo en el marco de las políticas, planes y programas nacionales que se definan para tal fin.

**Parágrafo 3º.** La prestación de estas las acciones colectivas se realizará mediante contratación con instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el registro de prestadores para este fin, el Sistema de Garantía de la Calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de salud pública y los resultados en salud de las mismas.

Los **artículos 7º y 8º** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre Plan Decenal de Salud Pública y Planes Territoriales de Salud, se integran en una sola disposición que articula de forma coherente el componente de planeación de la salud pública entre los diferentes niveles de gobierno. Se hace especial énfasis en sus componentes de elaboración y contenido.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 7º. Planeación en salud pública.** La planeación en salud pública en el territorio nacional estará integrada por los siguientes niveles e instrumentos:

- Un Plan Decenal de Salud Pública formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social cada diez (10) años, el cual contendrá el análisis de la situación de salud, el diagnóstico de las prioridades y los lineamientos de acción del territorio nacio-

nal país y sus Entidades Territoriales en materia de salud pública y de la atención individual en salud. Este Plan establecerá las pautas para una acción coordinada y articulada entre sectores y actores para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública, de prestación de servicios y del abordaje la intervención sobre conjunto de los determinantes sociales de la salud.

- Planes Territoriales de Salud formulados cada cuatro (4) años por las Entidades Territoriales los cuales en el marco desarrollarán el Plan Decenal de Salud Pública y contendrán define el diagnóstico de la situación de salud, las prioridades, y los lineamientos, las estrategias e intervenciones de acción del territorio en materia de salud pública y atención individual en salud. Estos Planes los cuales serán desarrollará en las Entidades Territoriales mediante Planes Territoriales de Salud, harán parte del Plan de Desarrollo Territorial, serán elaborados Estos planes serán elaborados en coordinación con los Consejos Locales de Política Social y los demás agentes del Sistema, las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, los Gestores de Servicios de Salud y con la participación de las comunidades, quienes tendrán en cuenta e incluirán las recomendaciones y decisiones de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública. Su ejecución La desagregación de los Planes Territoriales de Salud a nivel territorial se hará mediante en el marco de la estrategia de atención primaria, los planes territoriales de salud y los Planes Operativos Locales.

El Plan Territorial de Salud integrará los componentes de intervenciones colectivas construido por el territorio y el de intervenciones individuales elaborado por los Gestores de Servicios de Salud que operen en el respectivo territorio.

Dicho Plan debe tener como mínimo contiene los programas, orientadas a garantizar el logro de los objetivos, metas y resultados en salud de la entidad territorial, organizadas en cuatro tres (43) líneas de acción componentes: i) promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud; ii) gestión del riesgo en protección específica, detección temprana, diagnóstico y tratamiento por los Gestores de Servicios de Salud en el respectivo territorio las prioridades que debe desarrollar cada Gestor de Servicios de Salud en su población a cargo y los resultados esperados de su gestión en aspectos como detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de los eventos de interés en salud pública; y iii) fortalecimiento y gestión en salud pública, en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes, y el ejercicio de la autoridad sanitaria; y iv) desarrollo del componente de red de prestación de servicios.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial. La evaluación estará centrada en la medición de resultados en salud y se utilizarán los datos de los registros administrativos y bases de datos oficiales existentes en el país.

**Parágrafo 1º.** Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces formularán El Plan Territorial de Salud como parte integral de su Plan de Desarrollo Territorial, el cual se regirá en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control, por la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo y por lo establecido en las Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1450 y 1438 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen, sustituyan.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el conjunto de actividades colectivas en salud pública, así como los programas nacionales, departamentales y municipales requeridos para el cumplimiento de dichas actividades.

Los **artículos 9º y 10** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la Estrategia de Atención Primaria en Salud e investigación, innovación y desarrollo tecnológico para la salud, continúan con el mismo alcance:

**Artículo 9º. Estrategia de Atención Primaria en Salud.** El diseño y ejecución de las acciones de salud pública y atención individual en salud definirá adoptarán como su estrategia principal la atención primaria en salud.

Para tal efecto, el Gobierno Nacional reglamentará en un plazo no mayor de seis (6) meses la Política Pública de la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta su modelo de atención operativo y su implementación gradual y progresiva.

La estrategia de atención primaria en salud debe estar en concordancia con las características de cada Entidad Territorial, sus planes de desarrollo y planes territoriales de salud.

**Artículo 10. Investigación, innovación y desarrollo tecnológico para la salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social orientará y promoverá el desarrollo de actividades científicas, tecnológicas y de innovación, que ofrezcan respuestas a las necesidades y problemas de salud de los colombianos.

Igualmente, en coordinación con las entidades del sector salud, sus institutos descentralizados, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, definirán los lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de investigación, priorizando las acciones que deban desarrollarse con recursos públicos.

Las prioridades de que trata el presente artículo y los recursos que se orientan para tal fin se establecerán de manera conjunta para lo cual, en coordinación con Colciencias con el propósito de podrán promover alianzas estratégicas con los diferentes actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

### CAPÍTULO III

#### Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Los **artículos 11 y 12** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Perma-

nente del Senado de la República, sobre la creación y el régimen aplicable a la Unidad de Gestión -Salud-Mía, conservan la misma redacción y alcance:

**Artículo 11. Creación de Salud-Mía.** Créase una entidad del nivel descentralizado del orden nacional, de naturaleza especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente, denominada Unidad de Gestión -Salud-Mía, la cual será parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 12. Régimen aplicable a de la Unidad de Gestión -Salud-Mía.** El régimen de los empleados de la Unidad de Gestión -Salud-Mía en materia de clasificación de empleos, administración de personal y carrera administrativa será el que rige para los empleados públicos. En materia de nomenclatura el personal se regirá por un sistema especial.

El régimen presupuestal será el que rige para las Empresas Industriales y Comerciales del Estado de carácter financiero, sujeta al control de la Superintendencia Financiera de Colombia, en relación con sus actividades financieras, y sujeta al control fiscal por parte de la Contraloría General de la República.

En materia contractual la Unidad de Gestión -Salud-Mía se regirá por el derecho privado y dará aplicación a lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007.

En el **artículo 13** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el objeto de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, se ajusta para armonizarlo con las funciones que ejercerán los diferentes actores del Sistema.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 13. Objeto.** La Unidad de Gestión -Salud-Mía tiene por objeto administrar, el registro directamente o a través de terceros, los procesos de afiliación de la población, recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, realizar pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre relativa afiliación, recursos y aquella pertinente para la administración el manejo del Sistema.

En el **artículo 14** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre las funciones generales de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, se ajustan unas atribuciones referentes a la administración del Fondo de Garantías para el Sector Salud, de conformidad con lo aprobado en primer debate y las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud. Además, se realizan modificaciones con el objeto de aclarar el alcance de las funciones de la Unidad de Gestión. De igual forma, se realizan modificaciones con el fin de adelantar una remisión a las normas tributarias nacionales sobre las cuales se guiarán los procesos de determinación y cobro coactivo que surjan por el no pago de cotizaciones en salud.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 14. Funciones de la unidad de gestión.** Para desarrollar el objeto la Unidad de Gestión -Salud-Mía tendrá las siguientes funciones:

a) Administrar el registro de datos de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes residentes en el territorio colombiano;

b) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de salud y las demás que la ley determine;

c) Administrar los recursos del Sistema;

d) Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - Fonsaet creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013;

e) Administrar el Fondo de Garantías para el sector salud que se crea a través de la presente ley;

f) Ordenar los pagos que correspondan, efectuar los giros directos en nombre de los Gestores de Servicios de Salud o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;

g) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;

h) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;

i) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;

j) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud;

k) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

**Parágrafo 1°.** ~~El Gobierno Nacional reglamentará~~ La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor valor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales - UGPP bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que para el recaudo de las mismas procedan.

**Parágrafo 2°.** ~~Los pagos~~ El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual en Mi-Plan se harán de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.

El **artículo 15** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre domicilio y patrimonio de Salud-Mía, conserva la misma redacción y alcance:

**Artículo 15. Domicilio y patrimonio.** La Unidad de Gestión -Salud-Mía tendrá domicilio en Bogotá, D.C. su patrimonio estará conformado por los aportes del Presupuesto General de la Nación, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, el patrimonio del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Unidad de Gestión -Salud-Mía.

Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la Unidad de Gestión -Salud-Mía se financiarán con recursos del Presupuesto General de la Nación y con un porcentaje de los recursos administrados que defina el reglamento. En ningún caso se financiarán con los recursos del Sistema General de Participaciones o con las rentas cedidas propiedad de las Entidades Territoriales.

En el **artículo 16** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre los recursos que recaudará y administrará la Unidad de Gestión -Salud-Mía, se realizan ajustes con el fin de abarcar la totalidad de las diferentes fuentes de financiamiento del Sistema que recaudará y administrará la entidad, así como su proceso de control.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 16. Recursos que recaudará y administrará la Unidad de Gestión -Salud-Mía.** La Unidad de Gestión -Salud-Mía recaudará y administrará los siguientes recursos:

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;

c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de Salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema General de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;

d) Las cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con vinculación laboral adicional sobre respecto de la cual estén obligados a contribuir al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia los artículos 279 de la Ley 100 de 1993 y 2° de la Ley 647 de 2001;

f) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y los recursos

de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Estos recursos se girarán directamente desde el responsable del recaudo;

g) Los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012 los cuales serán transferidos a la Unidad de Gestión -Salud-Mía, entendiéndose así ejecutados;

h) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a la Unidad de Gestión -Salud-Mía por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;

i) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010;

j) Los recursos del Fonsat creado por el Decreto-ley 1032 de 1991;

k) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobrará en adición a ella;

l) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009;

m) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación ~~del Régimen Subsidiado de la población pobre mediante subsidios a la demanda de los Departamentos~~. Estos recursos serán girados directamente por los generadores y por el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de productos extranjeros a la Unidad de Gestión -Salud-Mía. La Entidad Territorial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;

n) Los rendimientos financieros que se generen por la administración que haga la Unidad de Gestión - Salud-Mía de los recursos a que se refiere el presente artículo;

o) Los recursos que la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) recaude como consecuencia del cobro coactivo los cuales transferirá directamente a la Unidad de Gestión - Salud-Mía sin operación presupuestal.

p) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la ~~normatividad que expida el Gobierno Nacional~~ Ley o el reglamento.

**Parágrafo 1°.** Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y m) ~~manejarán en cuentas se contabilizarán individualmente~~ a nombre de las Entidades Territoriales.

**Parágrafo 2°.** La totalidad de los recursos señalados en los literales j) y k) se destinarán para los fines previstos en el presente artículo, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 del Decreto-ley 019 de 2012.

**Parágrafo 3°.** Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse sin situación de fondos en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.

**Parágrafo 4°.** Los recursos del Presupuesto General de la Nación que se destinen al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud se presupuestarán como transferencias las cuales se entenderán ejecutadas con su giro a la Unidad de Gestión -Salud-Mía.

**Parágrafo 5°.** Los recursos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos del subsidio familiar no harán parte del Presupuesto General de la Nación.

En el **artículo 17** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la destinación de los recursos administrados, se realizan modificaciones que conservan el mismo alcance. Además se suprime el parágrafo 3° y se incorpora en el artículo referente al órgano de dirección y administración por ser propio de su campo de aplicación.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 17. Destinación de los recursos administrados.** Los recursos que administra la Unidad de Gestión - Salud-Mía se destinarán a:

a) Pago a los Gestores de Servicios de Salud, de conformidad con lo señalado en la presente ley ~~sobre reconocimientos económicos y pago a estos;~~

b) Pago por licencias de maternidad o paternidad o incapacidades por enfermedad general de los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

c) Indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos;

d) Gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011;

e) Gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina;

f) Inversión en salud en casos de eventos catastróficos. Estos eventos deberán ser declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social;

g) Gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente;

h) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;

i) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;

j) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;

k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;

l) Recursos destinados a la inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011;

m) Pago a Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores; por la prestación de servicios de salud, que en los casos que corresponda se hará directamente al prestador de servicios de salud;

n) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.

**Parágrafo 1°.** Los excedentes financieros que genere la operación de la Unidad de Gestión -Salud-Mía se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial.

**Parágrafo 2°.** El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud con los recursos administrados por la Unidad de Gestión -Salud-Mía.

**Parágrafo 3°.** La definición de los montos que se destinarán a cada concepto de gasto se hará por la Junta Directiva de Salud-Mía, así como la política de manejo de inversiones del portafolio.

En el **artículo 18** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el órgano de dirección y administración de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, se ajusta con el fin de seguir las orientaciones de los nuevos modelos de gobierno corporativo y por la magnitud de los recursos y la complejidad técnica y operativa que demandan los procesos a desarrollar por esta entidad, con lo cual se hace necesaria la inclusión de un Consejo de Dirección y la redefinición de la Junta de Administración. De igual forma, con el objeto de lograr una mayor participación en la Unidad de Gestión -Salud-Mía, se proponen eliminar los dos representantes del Presidente de la República.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 18. Órgano de dirección y administración.** La dirección de la Unidad de Gestión - Salud-Mía estará a cargo de una Junta de Administración integrada por tres (3) miembros que tendrán voz y voto, de dedicación exclusiva y serán empleados públicos de libre nombramiento y remoción por el Presidente de la República.

Uno de los miembros será el Director y actuará como representante legal, de conformidad con lo que determine el Presidente de la República. Los miembros restantes se denominarán Codirectores.

Corresponderá a la Junta de Administración, además de las funciones señaladas en el decreto de estructura, las inherentes al cumplimiento de los objetivos de la entidad, así como asegurar el normal funcionamiento de la administración de la afi-

liación, pagos, giros, transferencias, recaudo y flujo de recursos a su cargo y de la información relacionada con la entidad.

La entidad tendrá un Consejo de Dirección ~~Administración Junta Directiva~~ que ejercerá las funciones que le señalen los estatutos. El Consejo Junta ~~estará conformada~~ integrado por ~~siete~~ nueve (79) miembros: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; ~~dos (2) representantes del Presidente de la República;~~ el Director General del Departamento Nacional de Planeación; un (1) representante de los gobernadores elegido a través de la Federación Nacional de Departamentos; y dos (2) representantes de los Alcaldes, elegido uno (+) por las ciudades capitales y ~~otro uno (+)~~ por los demás municipios; y un (1) representante de los usuarios, designados por las asociaciones de usuarios legalmente constituidas. ~~La administración de la entidad estará a cargo de un Presidente, el cual será de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República.~~

Corresponderá al Consejo de Dirección formular los criterios para la administración de la afiliación de la población, el recaudo de las cotizaciones, la administración de los recursos a cargo de la entidad, la realización de los pagos, giros o transferencias y para la administración de la información relacionada con las funciones de la entidad.

**Parágrafo 1°.** A las sesiones de la Junta de Administración y del Consejo de Dirección podrán asistir invitados que tengan relación con el tema a debatir, quienes tendrán voz pero no voto. La junta podrá invitar, cuando el tema lo amerite, a los actores más representativos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Parágrafo 2°.** La definición de los montos que se destinarán a cada concepto de gasto se hará por ~~la Junta Directiva~~ el Consejo de Dirección de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, así como la política de manejo de inversiones del portafolio.

El **artículo 19** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el inicio de operación de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, se ajusta a la redacción para hacerlo concordante con las modificaciones realizadas en este capítulo:

**Artículo 19. Inicio de operación.** El Gobierno Nacional determinará la estructura interna de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, su planta de personal y la fecha en la cual iniciará las funciones de administración de la afiliación, recaudo y manejo ~~administración~~ de los recursos.

A partir de la fecha de que trata el inciso anterior se suprimirá el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) como fondo cuenta y se dispondrá su liquidación de conformidad con los procedimientos que se señalen para el efecto.

**Parágrafo.** Los empleos de carrera administrativa de la Unidad de Gestión -Salud Mía serán provistos atendiendo lo estipulado en la Ley 909 de 2004.

## CAPÍTULO IV

**Plan de beneficios individual de salud -  
Mi-Plan**

En el **artículo 20** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la definición de Mi-Plan, se realizan ajustes para precisar el alcance de las prestaciones a que hacen referencia las coberturas individuales a que tienen derecho los colombianos.

Los parágrafos 1° y 2° se reubican en un artículo nuevo sobre el procedimiento para la actualización progresiva del Plan de Beneficios Individual de Salud - Mi-Plan, en razón a que se considera que hacen parte de dicho artículo.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 20. Plan de beneficios individual de salud - Mi-Plan.** El plan de beneficios individual de salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, incorporará los servicios y tecnologías de salud que hagan parte del núcleo esencial del derecho a la salud, que sean financiados con recursos del Sistema, aprobados para su uso en el país y requeridos para la promoción de la salud, la prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas. Mi-Plan estará estructurado con el fin de lograr los mejores resultados en salud con la mejor utilización de los recursos disponibles, atención en salud de todas las patologías. Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con los criterios definidos en el presente capítulo.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una estructura de Mi-Plan favorezca el uso de servicios y tecnologías efectivas y seguras, y el logro de resultados en salud.

Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con criterios lo definido en el presente capítulo.

La gestión y autorización de pago de los servicios y tecnologías de salud de Mi-Plan estará a cargo de los Gestores de Servicios de Salud, los cuales no podrán realizar recobros por ningún tipo de atención:

**Parágrafo 1°.** El Ministerio de Salud y Protección Social en forma gradual, entre 2014 y 2015, incorporará a Mi-Plan los servicios y tecnologías efectivas y seguras no incluidos en el plan de beneficios que se estén recobrando al Fosyga, con las frecuencias y los precios indicativos que atiendan lo establecido en el presente capítulo, manteniendo las exclusiones explícitas al momento de entrada en vigencia de la presente ley.

**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un manual tarifario el cual se actualizará de conformidad con lo que se señale el reglamento que para el efecto se expida:

En el **artículo 21** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre los criterios de

exclusión, se ajusta su redacción con el fin de describir el mecanismo de exclusión de los servicios y tecnologías de salud. De igual forma, se propone un artículo que como consecuencia de lo anterior defina un mecanismo de priorización de Mi-Plan, el cual garantice de forma legítima la incorporación o no de los servicios y tecnologías de salud.

**Artículo 21. Criterios para definir exclusiones.** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar un proceso permanente de priorización técnico, participativo y transparente que permita excluir los servicios y tecnologías que no harán parte de Mi-Plan. El proceso deberá garantizar la participación social a través de sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil, academia y asociaciones de pacientes, entre otros:

Los criterios que se utilizarán para excluir servicios y tecnologías en salud son:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

**Parágrafo 1°.** Cuando se trate de servicios y tecnologías en fase de experimentación clínica quien financie la investigación deberá garantizar la continuidad del tratamiento.

**Parágrafo 2°.** Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas. Este tipo de pacientes con este tipo de patologías tendrán que ser cubiertos por una fuente específica de los recursos públicos de la Salud:

Se propone la siguiente redacción:

**Artículo. Mecanismo de exclusión.** La selección de servicios y tecnologías a excluir se realizará mediante un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente que consulte la opinión de los agentes y usuarios interesados. El mecanismo incluirá como mínimo:

1. La selección de los servicios y tecnologías de salud susceptibles de exclusión que se encuentren disponibles en territorio colombiano, que no se encuentren en fase de experimentación y que hayan sido autorizados por autoridad competente.

2. La evaluación de los servicios y tecnologías de salud teniendo en cuenta su seguridad, eficacia y efectividad, así como su finalidad esencial para recuperar o mantener la capacidad funcional o vital de las personas.

3. La consulta a expertos pertenecientes a las organizaciones científicas del sector salud.

4. La consulta a usuarios potencialmente afectados con la decisión.

5. La decisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la exclusión o no de los servicios o tecnologías de salud evaluados.

**Parágrafo.** Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas. Este tipo de pacientes con este tipo de patologías tendrán que ser cubiertos por una fuente específica de los recursos públicos de la Salud.

**Artículo 21. Mecanismo de priorización de Mi-Plan.** La priorización tendrá por objeto incorporar o no a Mi-Plan los servicios y tecnologías no excluidos por el mecanismo anterior y que logren una adecuada utilización social y económica de los recursos disponibles.

La priorización se realizará mediante un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente que consulte la opinión de los agentes y usuarios interesados. El mecanismo incluirá como mínimo:

1. La selección y priorización para su posterior evaluación de los servicios y tecnologías de salud con base en las necesidades del país en materia de salud.

2. La evaluación técnica de los servicios y tecnologías de salud priorizadas.

3. La consulta a expertos pertenecientes a las organizaciones científicas del sector salud.

4. La consulta a usuarios potencialmente afectados con la decisión.

5. La decisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la incorporación o no de los servicios o tecnologías de salud evaluados, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos para su financiación.

Aquellos servicios o tecnologías de salud que no hayan sido incorporados, podrán ser financiados con recursos del Sistema de manera individual y transitoria bajo los precios y condiciones que determine este Ministerio.

**Parágrafo 1°.** El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la incorporación gradual de los servicios y tecnologías en salud del universo de lo recobrado, contados tres (3) años después de la entrada en vigencia de la presente ley.

**Parágrafo 2°.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un sistema tarifario de referencia el cual se actualizará de conformidad con lo que se señale el reglamento que para tal efecto se expida.

En el **artículo 22** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre regulación de precios de servicios y tecnologías de salud, se adicionan las características y condiciones que debe consultar la regulación de precios y se promueve

la competencia en el mercado de medicamentos, aspectos esenciales para el ejercicio de la rectoría sectorial. Además, se define la obligación de que los precios de las nuevas tecnologías de salud sean establecidos antes de su entrada al mercado, atendiendo la regulación de precios de medicamentos.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 22. Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud.** Elimínese la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos de que tratan los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, cuyas funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el enfoque intersectorial que se requiera.

La regulación de precios de medicamentos incorporará, considerando las características de cada mercado en términos de competencia y concentración, información de precios de referencia internacional, márgenes de intermediación y modelos de gestión logística que propicien eficiencias en el gasto público y de bolsillo, en los diferentes eslabones de la cadena de comercialización, según corresponda.

El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá el uso de medicamentos genéricos como una de las herramientas de garantía de la competencia y gestión del gasto público.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará las clasificaciones de las tecnologías, los precios de los servicios y tecnologías de salud con fundamento en la política farmacéutica nacional y otras políticas que se formulen al respecto. Los precios de las nuevas tecnologías serán establecidos antes de su entrada al mercado de conformidad con la regulación de precios de medicamentos.

Los **artículos 23 y 24** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la información de los servicios y tecnologías de salud y su vigilancia, conservan la misma redacción y alcance:

**Artículo 23. Información sobre servicios y tecnologías de salud.** La información sobre precio, usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías de salud es de interés público. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los contenidos, flujos y oportunidad de la información que los actores deben reportar.

El Ministerio de Salud y Protección Social informará a la Superintendencia Nacional de Salud la falta de envío de la información a que hace referencia el presente artículo, para que esta determine la procedencia de imponer sanciones.

**Artículo 24. Vigilancia de las tecnologías de salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad, eficacia, efectividad de las tecnologías de salud y de las innovaciones tecnológicas para efectos de protección de la salud pública y la actualización de Mi-Plan.

En el marco del proceso de vigilancia de innovaciones tecnológicas el Ministerio de Salud y Protección Social presentará ante la Superintendencia de Industria y Comercio, dentro del término previsto para oposiciones, observaciones relativas a la patentabilidad de las solicitudes que sean de su interés.

El Ministerio de Salud y Protección Social creará una unidad técnica para este propósito y reglamentará sus procedimientos.

#### CAPÍTULO V

##### Atención individual y redes de prestación de servicios de salud

Los artículos 25 y 26 aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la atención individual en salud y Prestadores de Servicios de Salud, conservan la misma redacción y alcance:

**Artículo 25. Atención individual en salud.** Las atenciones individuales en salud son aquellas que se realizan sobre las personas para disminuir la probabilidad de enfermar, morir prematuramente o sufrir una discapacidad. Implica realizar acciones para mantener y proteger la salud, diagnosticar la enfermedad oportunamente, ofrecer atención integral y suficiente a la enfermedad y rehabilitar sus consecuencias secuelas.

Comprende la identificación de las personas de mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas, así como la realización de actividades de búsqueda activa, protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención integral y rehabilitación.

**Artículo 26. Prestadores de Servicios de Salud.** Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos:

a) Los Prestadores de Servicios de Salud primarios a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema. Les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes.

Igualmente, ofrecen las prestaciones individuales en medicina general, medicina familiar y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud. Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.

b) Los Prestadores de Servicios de Salud Complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.

**Parágrafo 1°.** La atención inicial de urgencias se seguirá ofreciendo en los términos definidos por la ley.

**Parágrafo 2°.** En los servicios provistos a través de Prestadores de Servicios de Salud Primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del Régimen Subsidiado, y a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los servicios provistos por Prestadores de Servicios de Salud Complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, ~~lo cual no será~~ que no constituirán barreras o límites para su debida atención.

**Parágrafo 3°.** Todos los Prestadores de Servicios de Salud que ofrezcan atención de emergencia o electiva de cualquier tipo dispuestos para las niñas, niños y adolescentes deberán contar con servicios diferenciados de acuerdo con su nivel de complejidad.

En el artículo 27 aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre Red de Prestación de Servicios de Salud, se ajusta la redacción para precisar aspectos relativos a la organización y gestión. En cuanto al tema de la habilitación se elimina por cuanto en el artículo siguiente se trata ampliamente el tema.

Se propone el siguiente texto:

**Artículo 27. Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor de Prestación de Servicios de Salud.** Las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria son las responsables de conformar la de Red Prestación de Servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Esta debe garantizar de manera integral y suficiente la prestación de servicios y tecnologías en salud incluidas en Mi Plan.

El Gestor de Servicios de Salud conformará su propia Red de Prestación de Servicios a partir de la red de Área de Gestión Sanitaria.

Para estos efectos se deben tener en cuenta los criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Red de prestación de servicios de salud es el conjunto de Prestadores de Servicios de Salud habilitados para ofrecer los servicios de Mi-Plan, dentro de una Área de Gestión Sanitaria:

Los Gestores de Servicios de Salud que operen en cada Área de Gestión Sanitaria son los responsables de conformar, su Red de Prestación de Servicios de Salud que garantice de manera integral y suficiente, las prestaciones de servicios y tecnologías de salud incluidas en Mi-Plan:

El Ministerio de Salud y Protección Social fijará criterios para la habilitación la organización y gestión de la Red de Prestación de Servicios de Salud a ser habilitada por parte de que los Gestores de Servicios de Salud y para que estos contraten con los

Prestadores de Servicios de Salud. En todo caso dichos criterios deben tener en cuenta, como mínimo, la disponibilidad de Prestadores de Servicios de Salud habilitados en el Municipio, Distrito o Área de Gestión Sanitaria, garantizando la suficiencia e integralidad de la Red de Prestación de Servicios de Salud y la libre elección por parte de los usuarios.

Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente dentro del término de su duración mínima, los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada dentro del término de la duración mínima establecida para su contratación, salvo por las causas de fuerza mayor que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los contratos entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de salud tendrán una duración mínima de un (1) año igual al tiempo por el cual fue autorizado el Gestor de Servicios de Salud para operar en el Área de Gestión Sanitaria respectiva. Dicha duración solo podrá modificarse por problemas de habilitación y desempeño permanente de los Prestadores de Servicios de Salud, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo 1º.** La Comisión de Área de Gestión Sanitaria evaluará de manera permanente las condiciones de acceso, suficiencia, integralidad, calidad y libre elección en las que operan las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Con base en ello hará las recomendaciones al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud para que se tomen las medidas correctivas necesarias, entre las que se encuentran su restricción o ampliación.

**Parágrafo 2º.** La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo. Su desconocimiento será considerado causal de revocatoria de la autorización de operación del Gestor de Servicios de Salud en la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Igualmente, esta entidad dirimirá los conflictos que se presenten en cumplimiento de lo aquí dispuesto.

En el **artículo 28** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la habilitación de Redes de Prestación de Servicios de Salud, se ajusta y complementa la redacción, en el sentido de abordarse adecuadamente tanto la habilitación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud como de Prestadores de Servicios de Salud. Sobre esta última, es importante la modificación propuesta debido a la confusión que la versión vigente de articulado se genera respecto de la competencia para habilitar Prestadores de Servicios de Salud. Es claro que el rol y función de las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria no es operativa, pues implicaría desconocer la institucionalidad existente en los territorios (Departamentos y Distritos), pero a su vez, no abordarla de la manera que se propone,

genera confusión respecto a la habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud. Además, se precisan las competencias en las materias contempladas en este artículo para las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.

Se propone el siguiente texto:

**Artículo 28. Habilitación de Prestadores y Redes de Prestación de Servicios de Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de suficiencia, integralidad y libre elección con que deben habilitarse las Redes de Prestadores de Servicios de Salud de los Gestores de Servicios de Salud, los cuales serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud de manera continua para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y Redes de Prestadores de Servicios de salud, así como los mecanismos de verificación necesarios para su realización.

La verificación de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud estará a cargo de las Direcciones departamentales y distritales de salud, o quien haga sus veces que correspondan a la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

La verificación de las condiciones de habilitación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud conformadas por los Gestores de Servicios de Salud estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Los **artículos 29 y 30** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la definición de Áreas de Gestión Sanitaria y de Gestión Sanitaria especial, conservan la misma redacción y alcance:

**Artículo 29. Áreas de Gestión Sanitaria.** Se entiende por Áreas de Gestión Sanitaria las zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales.

En las Áreas de Gestión Sanitaria deben converger los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías de Mi-Plan, salvo aquellas que por su complejidad deban ser ofrecidas por redes o prestadores que no se encuentren en dichas áreas.

**Artículo 30. Áreas de Gestión Sanitaria Especial.** En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado para atender las condiciones específicas locales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas. En las zonas de difícil acceso los Prestadores de Servicios de Salud y los Gestores de Servicios de Salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.

Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único operador de servicios de salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo por Salud-Mía. Definida un Área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud o Gestores de Servicios de Salud.

**Parágrafo.** La población privada de la libertad estará a cargo de la Unidad Administrativa Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho o quien haga sus veces, la cual se encargará de desarrollar, dirigir, operar y controlar un sistema propio de atención y prestación de servicios de salud, financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación.

## CAPÍTULO VI

### Gestores de Servicios de Salud

En el **artículo 31** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre los Gestores de Servicios de Salud, se suprime el término “operar” y se reemplaza por los de “organizar y gestionar”, en consideración a que este último define de manera más precisa la función del Gestor de Servicios de Salud frente a la Red de Prestadores de Servicios de Salud.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 31. Gestores de Servicios de Salud.** Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de **conformar y gestionar** ~~de operar su una~~ Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de un Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan.

Los Gestores de Servicios de Salud privados podrán ser sociedades comerciales, organizaciones solidarias y Cajas de Compensación Familiar.

Los Gestores de Servicios de Salud podrán cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Gestores de Servicios de Salud tendrán un órgano colegiado de dirección y contarán con reglas de gobierno corporativo, las cuales deben hacerse públicas.

Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá una reserva en la Unidad de Gestión -Salud-Mía la cual será definida por la Superintendencia Nacional de Salud en función del número de usuarios, el ~~índice~~ **margen** de solvencia y su patrimonio.

**Parágrafo.** Las actuales Entidades Promotoras de Salud que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.

En el **artículo 32** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre las funciones de los Gestores de Servicios de Salud, se ajusta la función de organizar y gestionar la Red de Prestadores de Servicios de Salud para hacerla consistente con la definición contenida en el artículo anterior. De igual forma, se amplían los destinatarios para recibir la información sobre los resultados en salud. Por último, se modifica el tiempo establecido para realizar los ejercicios de rendición de cuentas, extendiéndolo a 12 meses en razón a que las evaluaciones técnicas y financieras se realizan al final de cada vigencia fiscal.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 32. Funciones de los Gestores de Servicios de Salud.** Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes:

a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan dentro del Área de Gestión Sanitaria en la cual opere, así como en todo el territorio nacional cuando requieran transitoriamente servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que conformen;

b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;

c) **Conformar y gestionar sus las** Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;

d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. Está prohibido transferir la obligación de realizar trámites administrativos internos del Gestor de Servicios de Salud y de la Red de Prestadores de Servicios de Salud a los usuarios. Su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en la Ley 1438 de 2011;

e) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención;

f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud de conformidad con lo establecido en la presente ley. Los contratos deben estar disponibles para los usuarios y agentes del Sistema en la página web de cada Gestor de Servicios de Salud;

g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Área de Gestión Sanitaria en que operen;

h) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y ordenar los giros directos desde la Unidad de Gestión - Salud-Mía a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red de Prestación de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;

i) Contar con centros de atención permanente en todos los Municipios y Distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;

j) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestación de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;

k) Entregar información trimestral a Salud-Mía sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;

l) Participar y apoyar a la Unidad de Gestión - Salud-Mía en los procesos operativos de afiliación;

m) Facilitar que la información clínica de sus usuarios esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;

n) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestación de Servicios de Salud;

o) Garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan, con cargo al valor de los recursos que reciba para el efecto y a su patrimonio, en caso de no ser suficiente. Con el propósito de soportar las necesidades de financiamiento en la prestación de servicios deberán contar y mantener una reserva en la Unidad de Gestión - Salud-Mía para respaldar obligaciones con los Prestadores de Servicios de Salud;

p) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;

q) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su red;

r) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, cada doce (12) meses, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud; utilizando para este efecto medios masivos de comunicación públicos y privados así como las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - TIC.

s) Tramitar y pagar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine la Unidad de Gestión - Salud-Mía.

**Parágrafo transitorio.** Mientras la Unidad de Gestión - Salud-Mía inicia las funciones de administración de la afiliación, recaudo, gestión de cobro, administración de los recursos y conciliación

de las cotizaciones que defina el reglamento, las Entidades Promotoras de Salud y los Gestores de Servicios de Salud podrán adelantar dichas funciones.

En el **artículo 33** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, se ajusta la función de apoyo que deben adelantar estas Comisiones a aquellas que realizan las autoridades competentes en los procesos de definición, planificación, vigilancia, control y coordinación de la operación del Sistema. Es importante resaltar que la normatividad vigente desarrolla y distribuye funciones entre el nivel nacional y el territorial en aspectos como, entre otros, la habilitación. Por lo tanto, no es conveniente crear conflictos de competencias entre dichos niveles, duplicando autoridades y funciones. De esta forma, la presente propuesta es concordante con el artículo 3° de la presente ponencia y con las demás disposiciones contenidas en el presente proyecto de ley.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 33. Comisión de Área de Gestión Sanitaria.** Con la finalidad de facilitar una adecuada planificación, gestión, vigilancia y control en la operación del Sistema, se creará una Comisión en cada una de las Áreas de Gestión Sanitaria definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta Comisión estará integrada por dos (2) representantes de las Entidades Territoriales que comprenden el Área de Gestión Sanitaria, uno de los cuales la presidirá, por un (1) representante del Ministerio de Salud y Protección Social, dos un (2) representante de los Gestores de Servicios de Salud, un (1) representante de los Prestadores de Servicios de Salud y un (1) representante de los usuarios.

Entre sus funciones está:

a) Conformación y actualización de la Red de Prestación de Servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria habilitación;

b) Monitoreo y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;

c) Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud Monitoreo y evaluación de la del desempeño suficiencia, integralidad, calidad y desempeño de las Redes de Prestación de Servicios;

d) Conformación Monitoreo y evaluación de la Red de Prestación de Servicios de Salud garantizada por los Gestores de Servicios de Salud;

e) Apoyo en la Definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;

f) Coordinación con los diferentes sectores públicos y privados en el manejo de los determinantes sociales de la salud;

g) Información periódica a la Unidad de Gestión - Salud-Mía, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Comunidad el desarrollo del Sistema en la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

La parte operativa para el desarrollo de las funciones establecidas estará a cargo de las Secretarías de Salud departamentales y distritales, o quien haga sus veces conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001 y de la Superintendencia Nacional de Salud según las normas vigentes.

En el **artículo 34** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud, se realizan ajustes para que el Ministerio de Salud y Protección Social regule el número óptimo de usuarios que puede tener un Gestor de Servicios de Salud en la respectiva Área de Gestión Sanitaria y con ello garantizar su viabilidad financiera y evitar la concentración de los usuarios en un solo Gestor de Servicios de Salud.

**Artículo 34. *Ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud.*** Los Gestores de Servicios de Salud podrán operar en un Área de Gestión Sanitaria y constituir filiales para operar en otras Áreas de Gestión Sanitaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá deber definir un número adecuado mínimo y máximo de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para un Área de Gestión Sanitaria, igualmente establecerá las condiciones, formas y plazos para su cumplimiento, acordes con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria, salvo condiciones de fuerza mayor que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el **artículo 35** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria, se ajusta la redacción para que la habilitación tenga en cuenta las particularidades de cada Área de Gestión de Sanitaria. También se elimina la libre elección como criterio de habilitación de Gestores de Servicios de Salud. Así mismo, se incorpora una restricción para las personas y a sus familiares cercanos (propietarios, socios, accionistas o corporados, miembros de junta directiva, representantes legales y gerentes) que hayan pertenecido a entidades liquidadas o intervenidas para liquidar por causales diferentes al retiro voluntario, de forma tal que no puedan conformar o hacerse parte de los Gestores de Servicios de Salud.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 35. *Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria.*** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones particulares de cada en una Área de Gestión Sanitaria.

Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica, e integralidad y suficiencia y libre elección de la Red de Prestación de Servicios de Salud. que organicen La exigencia de margen de solvencia y patrimonio técnico se calcularán en función de la gestión de riesgo en salud.

La verificación permanente del cumplimiento de las condiciones de habilitación y su cumplimiento continuo que determinen su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se tendrán en cuenta las recomendaciones que para el efecto señalen las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria en sus informes periódicos de evaluación y seguimiento a estas entidades.

Los propietarios, socios, accionistas o corporados, miembros de junta directiva, representantes legales y gerentes, sean personas naturales o jurídicas, de las Entidades Promotoras de Salud y de los Gestores de Servicios de Salud, que hayan sido liquidadas o intervenidas para liquidar por causas diferentes al retiro voluntario o a la insolvencia para pagar sus deudas con la Red de Prestadores de Salud, no podrán conformar o hacerse parte de los Gestores de Servicios de Salud. Esto mismo aplicará para sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero civil, primero de afinidad o compañero(a) permanente.

Los **artículos 36 y 37** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la operación simultánea de los dos regímenes y los Gestores de Servicios de Salud con participación pública, conservan la misma redacción y alcance:

**Artículo 36. *Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.*** Los Gestores de Servicios de Salud deberán atender simultáneamente los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes.

Los Gestores de Servicios de Salud que atiendan personas del Régimen Subsidiado, deberán contratar obligatoriamente con los Prestadores de Servicios de Salud públicos en proporción igual a los recursos que corresponden al número de usuarios de este régimen a su cargo. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará criterios para que los Gestores de Servicios de Salud realicen la respectiva contratación.

Si la oferta pública disponible no es suficiente o no está disponible para la demanda requerida, el Gestor de Servicios de Salud deberá contratar el faltante con Prestadores de Servicios de Salud privados, bajo las condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo siempre en cuenta las recomendaciones realizadas por las respectivas Entidades Territoriales y la Comisión de Área de Gestión Sanitaria.

Sin perjuicio de lo anterior, el porcentaje de contratación con la red pública en el Régimen Subsidiado no podrá ser inferior al 60% de los recursos manejados por el Gestor de Servicios de Salud provenientes de este régimen.

**Artículo 37. *Gestores de Servicios de Salud con participación pública.*** Los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, presentes en un Área de Gestión Sanitaria, de manera individual o asociados entre sí o con un tercero, y en cuya jurisdicción

se encuentren más de un millón (1.000.000) de habitantes, podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos de habilitación. En cada Área de Gestión Sanitaria solo podrá operar un Gestor de Servicios de Salud de estas características.

En el **artículo 38** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la integración vertical entre Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud, se efectúan unas aclaraciones de redacción:

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 38. Integración vertical.** Se prohíbe la propiedad simultánea de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud bajo cualquier forma y proporción de participación, de manera directa o por interpuesta persona o por parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil, o por el cónyuge o compañero (a) permanente.

**Parágrafo 1°.** La prohibición de la integración vertical de que habla el presente artículo deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de tres (3) años a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

**Parágrafo 2°.** Se exceptúan de la presente prohibición las Cajas de Compensación Familiar, los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, cuando estos dos últimos sean de naturaleza pública y mixta, siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50%.

En el **artículo 39** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre los reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud, se ajusta la redacción para que la liquidación de los excedentes y/o utilidades queden sujetos a lo que la legislación vigente establece para las diferentes entidades según su naturaleza jurídica, que en todo caso será posterior al cumplimiento de sus obligaciones patrimoniales, de reservas y margen de solvencia. Estas precisiones implican ajustar el título del artículo.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 39. Reconocimientos económicos y pago a ingresos de los Gestores de Servicios de Salud.** Cada Gestor de Servicios de Salud, en una determinada Área de Gestión Sanitaria, tendrá derecho a los siguientes ingresos, atendiendo los porcentajes o montos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social: reconocimientos económicos y pagos por parte de la Unidad de Gestión - Salud-Mía:

a) Una suma fija anual para financiar los gastos de administración definida por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en el número de usuarios; la cual será girada en cuotas mensuales;

b) Un valor per cápita ajustado por riesgo para cubrir el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan;

c) Un valor derivado de la aplicación de mecanismos de ajuste o redistribución del riesgo;

d) Otros ingresos tales como copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros.

**Parágrafo 1°.** De conformidad con la naturaleza jurídica de cada entidad los excedentes y/o utilidades solo se liquidarán al cierre de la vigencia fiscal previo el cumplimiento del régimen patrimonial, de reservas y margen de solvencia que para el efecto reglamente el Gobierno Nacional.

El valor per cápita permanecerá en la Unidad de Gestión Salud-Mía en una cuenta a nombre de cada Gestor de Servicios de Salud, el cual será girado directamente a los Prestadores de Servicios de Salud de la forma como este lo indique.

Si como resultado de la gestión de los recursos del valor per cápita se presenta un déficit, este será cubierto, en primer lugar, con las reservas con que cuenta el Gestor de Servicios de Salud en la Unidad de Gestión - Salud-Mía:

Cuando al cierre de la vigencia el Gestor de Servicios de Salud se genere excedentes, se procederá así:

a) Una proporción será asignada a la constitución, mantenimiento o incremento de la reserva de cada Gestor de Servicios de Salud;

b) El saldo de los excedentes podrá ser asignado al Gestor de Servicios de Salud como excedente propio en función del cumplimiento de resultados;

c) Los valores no asignados se destinarán como reservas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y serán administrados por Salud-Mía:

**Parágrafo 2°.** La Unidad de Gestión - Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, quienes rendirán cuentas de estas decisiones al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

El **artículo 40** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el pago a los Prestadores de Servicios de Salud, se ajusta a la redacción para incluir en el pago a los proveedores de bienes de salud y además se describe el proceso de envío de facturas y pago mediante giro por parte de la Unidad de Gestión Salud-Mía a los Prestadores de Servicios de Salud y a los proveedores, previa autorización del Gestor de Servicios de Salud.

**Artículo 40. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores.** Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red y los Proveedores los mecanismos y las formas de pago por los servicios pactados. Con base en ello ordenará a la Unidad de Gestión - Salud-Mía realizará los giros correspondientes a los Prestadores de Servicios de Salud:

Los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos sujetos a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Unidad de Gestión - Salud-Mía podrá retener una porción del giro al Prestador de Servicios de Salud cuando este no remita en la forma, oportunidad y periodicidad la información solicitada, en cuyo caso las sumas no giradas serán propiedad de la Unidad de Gestión - Salud-Mía.

**Parágrafo 1°.** Las obligaciones derivadas de las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de finalización de la prestación del servicio. Estos valores deberán provisionarse contablemente.

**Parágrafo 2°.** Los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores deberán enviar a la Unidad de Gestión - Salud-Mía todas las facturas de los bienes entregados y servicios de salud prestados. La Unidad de Gestión - Salud-Mía girará el valor correspondiente previa autorización del Gestor de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.

En el **artículo 41** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el sistema de pago por desempeño, se precisa que los recursos para financiar el reconocimiento por el desempeño de los Gestores de Servicios de Salud provendrán de la suma destinada a los gastos de administración.

Se sugiere la siguiente redacción:

**Artículo 41. Sistema de pago por desempeño.** El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.

Para efectos de la relación entre Salud Mía y los Gestores de Servicios de Salud El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología, el conjunto de indicadores de desempeño y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos indicadores como mínimo deberán enfocarse en: el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.

El de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud afectará un porcentaje de los gastos de administración de la forma como lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social el valor total proveniente del per cápita asignando para las prestaciones individuales de Mi-Plan, así como los excedentes al final de la vigencia o su reserva. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.

Cuando un gestor de servicios de salud no cumpla con una o varias de las metas planteadas por el

Ministerio de Salud en relación con sus indicadores de desempeño, no tendrá derecho a percibir el saldo por excedentes de que trata el artículo 40 de la presente ley y se castigarán los recursos que van a su reserva en Salud-Mía.

La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo será suministrada, entre otros, por los Gestores de Servicios de Salud. Para estos últimos, la falta de veracidad, oportunidad, suficiencia o claridad en los mismos será sancionada conforme los literales b), c), d), e) y f) del artículo que trata sobre sanciones incluido en la presente ley, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarias y penales a que haya lugar.

En cuanto a la relación entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, ~~estos podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos sujetos a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social:~~

**Parágrafo.** Dentro del diseño de indicadores de desempeño se tendrán en cuenta las acciones y los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, así como la calidad de atención en salud para esta población.

Los **artículos 42 y 43** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias y el ajuste y redistribución de riesgo, conserva la misma redacción y alcance:

**Artículo 42. Garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias.** Cuando de manera permanente o transitoria se presenten condiciones que puedan poner en riesgo el acceso a Mi-Plan, en especial, la disponibilidad u operación de los Gestores de Servicios de Salud, limitaciones en la oferta de servicios o en acceso, por dispersión o desplazamiento de la población o por emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar, de manera temporal, a otros Gestores de Servicios de Salud o a las Entidades Territoriales, para que asuman la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud a los usuarios afectados por esta situación.

**Artículo 43. Ajuste y redistribución de riesgo.** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución y compensación de riesgo entre los Gestores de Servicios de Salud tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

## CAPÍTULO VII

### **De la formación y ejercicio del talento humano en salud**

Los **artículos** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la formación y ejercicio del talento humano en salud, se reorganizan y ajustan con el propósito de brindar una estructura lógica y coherente que permita una mejor

comprensión de los aspectos regulados, guardando la esencia de los temas aprobados por el Honorable Congreso de la República.

De manera particular se propone:

- Fortalecer la base de instituciones de calidad que ofrezcan programas de especialización en áreas médicas, clínicas y quirúrgicas, que dinamicen y amplíen la oferta de cupos para la formación de especialistas.

- Fortalecer la participación del Ministerio de Salud y Protección Social como autoridad nacional y cabeza del sistema, en la definición de las características y pertinencia de los programas y cupos de especialización en áreas médicas, clínicas y quirúrgicas.

- Hacer más expedito el proceso para que las Instituciones de Educación Superior acreditadas en calidad amplíen el número de cupos de programas de especialización.

- Fortalecer al ‘Hospital Universitario’ como institución de excelencia, formadora y generadora de conocimiento, dándole un rol protagónico en la formación de talento humano especializado, acorde con las exigencias en las áreas de docencia, investigación y calidad en prestación de servicios.

- Definición del ‘residente’ y creación de un mecanismo contractual para su vinculación en las IPS, que permita armonizar su doble condición de ‘profesional en formación’ y de ‘profesional que participa en la prestación de servicios asistenciales’, en el marco de la relación docencia servicio.

- Precisar algunos aspectos en materia de cofinanciación de residentes y reporte de información, que faciliten la reglamentación y desarrollo de estos procesos y permitan al Gobierno Nacional contar con mejores herramientas e información para la definición de políticas, planes, proyectos y regulaciones sobre esta materia.

De esta forma, el capítulo inicia con aspectos relacionados con la formación de especialistas, comenzando con los elementos genéricos relativos a las instituciones que otorgarán títulos de especializaciones médicas y quirúrgicas, el nivel de educación al que equivalen dichos títulos y la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Educación Nacional en la definición de las características que deben cumplir dichos programas para obtener su registro calificado. Este artículo es la base para definir las características del ‘hospital universitario’ establecidas en un artículo posterior.

A partir de esas definiciones, el artículo siguiente precisa que los programas de especialización deberán cumplir con condiciones de calidad, pertinencia y relación docencia servicio, la participación del Ministerio de Salud y Protección Social en la evaluación de pertinencia de los nuevos programas y en la aprobación de cupos en las IPS, recogiendo estos aspectos del artículo 45 del articulado aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República.

Se introduce un nuevo artículo con la definición de ‘residencia médica’, concepto fundamental para interpretar y entender los demás artículos del capítulo de talento humano y posibilitar su posterior desarrollo reglamentario, y el artículo correspondiente a la definición de ‘hospital universitario’, mantiene los elementos básicos definidos para esta institución en el artículo 48 del proyecto aprobado previamente.

A partir de los aspectos relacionados con la formación, se reorganizan el vínculo del residente con las IPS, definiendo una nueva forma especial de contratación, que permita articular de manera armónica los aspectos formativos, laborales y de prestación de servicios que intervienen en las residencias médicas. Así, elementos que aparecían en los artículos 45, 46 y 47 del proyecto de ley aprobado previamente la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, se reformularon en tres artículos que definen las características fundamentales de esta nueva figura denominada “contrato de práctica formativa para residencia médica”, como son: objetivos, vinculación, remuneración no salarial, descansos, seguridad social, terminación y suspensión del contrato, entre otros.

El tema de cofinanciación, que en el articulado anterior hacía parte del artículo 47, sobre régimen laboral de los residentes, se propone como un artículo nuevo e independiente y se ajusta a los cambios introducidos al resto del articulado, así como a la figura del “contrato de práctica formativa para residencia médica”. En consonancia con lo anterior y con el propósito de facilitar la gestión de los cupos, recursos y programas de formación de especialistas del área de salud, se introduce un nuevo artículo sobre la obligatoriedad de los residentes de inscribirse en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano.

Finalmente, se elimina el artículo 49 del texto aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre incentivos para el personal de la salud que preste sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica de la población o de difícil acceso, en consideración a que existen en el ordenamiento normativo vigente normas que ya establecen dichos incentivos, entre las cuales cabe citar la Ley 1164 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

**Artículo 44. Definición del residente y su participación en los servicios de salud.** Los residentes son profesionales de la medicina que cursan especializaciones clínicas con dedicación de tiempo completo, en las cuales realizan actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, en el marco de una relación docencia-servicio y bajo niveles de supervisión definidos entre las Instituciones de Educación Superior y Prestadoras de Servicios de Salud:

Los residentes participan en la prestación de servicios de salud mediante el ejercicio de su profesión o especialización en la que acrediten título

reconocido por el Estado colombiano, y realizan aquellas actividades que correspondan al desarrollo gradual de las competencias de la especialización que cursen:

**Artículo 45. Cupos de residentes.** Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Educativo, garantizarán el incremento progresivo de cupos para la formación de residentes, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de residentes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de las normas que regulan la relación docencia servicio, dando especial prioridad al aumento de cupos para los residentes de aquellas especializaciones clínicas que el Ministerio de Salud y Protección Social considere prioritarias.

Como mínimo se destinará el 10% de los cupos residentes que ofrecen las Universidades para minorías étnicas. En caso de que no se presenten solicitudes de estos cupos, las Universidades podrán disponer de los mismos, dentro de su autonomía universitaria. La pertinencia a las respectivas minorías deberán ser certificadas por sus respectivos consejos comunitarios y organizaciones de comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y para el caso de comunidades indígenas y rom de sus respectivas autoridades. Las Instituciones de Educación Superior debidamente reconocidas y las instituciones autorizadas en los términos del artículo 137 de la Ley 30 de 1992 que cuenten con acreditación de alta calidad o con programa de pregrado en medicina con acreditación de alta calidad, podrán aumentar los cupos de admisión en los programas de especializaciones médicas sin autorización previa del Ministerio de Educación Nacional. De lo anterior, se debe informar con anterioridad a la implementación de la modificación a los Ministerios de Educación Nacional y Salud y Protección Social. El Ministerio de Educación Nacional podrá adelantar en cualquier momento la verificación de las condiciones de calidad de los programas académicos.

Las Instituciones de Educación Superior y las instituciones autorizadas en los términos del artículo 137 de la Ley 30 de 1992, deberán reportar al Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud la condición de residente de los profesionales de la medicina:

A partir del 1º de enero de 2016, los cupos de formación de residentes deberán corresponder a empleos creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y disponer de las condiciones legales de vinculación laboral en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas.

Los hospitales universitarios y clínicas que se encuentren debidamente acreditados por parte del Ministerio de Salud podrán ofrecer formación de

posgrado y titular a sus estudiantes en las áreas de las ciencias de la salud que determine el Gobierno Nacional:

**Artículo 46. Formalización laboral para los residentes en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas deben garantizar a los residentes las condiciones legales de vinculación laboral, teniendo en cuenta para ello la contribución que hacen en la prestación de servicios de salud y las actividades que desarrollen en el marco de la relación docencia servicio:

**Parágrafo.** El residente con vinculación laboral en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, no podrá ser simultáneamente beneficiario del programa de becas crédito establecido en el artículo 193 de la Ley 100 de 1993:

**Artículo 47. Régimen laboral de los residentes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas.** En el marco de las disposiciones de la Ley 1438 de 2011, que establece la creación de empleos temporales para responder a la formación de médicos en especializaciones clínicas, el Gobierno Nacional definirá para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas del orden nacional y territorial, las características del empleo, el régimen salarial, prestacional y demás beneficios salariales, teniendo en cuenta para ello que no corresponden a empleos de carrera y que el ingreso de estos no se hará con base en las listas de elegibles vigentes para la provisión de empleos de carácter permanente.

El Gobierno Nacional cofinanciará parte del costo de los empleos de residentes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que cursen programas de especialización clínica considerados prioritarios para el país, para lo cual los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1º del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán de manera progresiva a la financiación de los empleos temporales contemplados en el presente artículo, a efecto que mientras los residentes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas no cuenten con vínculo laboral, puedan participar como beneficiarios del programa:

**Artículo 49. Incentivos para el personal de la salud que preste sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica de la población o de difícil acceso.** El personal de la salud que preste sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica de la población o de difícil acceso, según criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, tendrá prioridad en:

a) Acceso a cupos educativos de programas de especialización brindados por las Instituciones de Educación Superior oficiales, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos académicos exigidos:

b) Acceso a la financiación de educación en cualquiera de sus niveles y programas de formación continua, según oferta y recursos disponibles:

e) Acceso a créditos, becas y otros incentivos educativos financiados con recursos públicos.

d) Acceso a recursos para el financiamiento de proyectos de investigación.

Las Entidades Territoriales, los Gestores de Servicios de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, establecerán estrategias, mecanismos e incentivos para la vinculación, permanencia y formación continua del talento humano en zonas de alta dispersión geográfica de la población o de difícil acceso, con el fin de garantizar la calidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud. Parte de los recursos de oferta destinados a la prestación de servicios de salud en estas zonas se destinarán a cumplir lo establecido en la presente norma.

**Parágrafo.** En la selección de residentes para el ingreso al empleo temporal, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas deberán asignar una especial valoración al ejercicio previo en zonas de alta dispersión geográfica de la población o de difícil acceso.

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone la siguiente reorganización:

**Artículo. De la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina.** Podrán otorgar títulos de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina las siguientes entidades:

- a) Las Instituciones de Educación Superior;
- b) Los Hospitales Universitarios reconocidos conforme a la presente ley;
- c) Las Instituciones de Educación Superior y los Hospitales Universitarios de manera conjunta.

El nivel de formación de estos programas será el de especialización y el título otorgado por las instituciones previstas en el presente artículo será el de "Especialista en ...".

Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social definirán las características específicas de los programas de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina para la obtención del registro calificado.

**Artículo. De los programas de formación en el área de la salud.** 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 Salud y 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 Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social fijará las condiciones, requisitos y procedimientos para la aprobación de los cupos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**Parágrafo 1°.** Las Instituciones de Educación Superior debidamente reconocidas y las demás

autorizadas para el ofrecimiento de programas de educación superior, que cuenten con acreditación de alta calidad o con programa de pregrado en medicina con acreditación de alta calidad, podrán aumentar los cupos de admisión en los programas de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina, sin autorización previa del Ministerio de Educación Nacional. De lo anterior, se debe informar con anterioridad a la implementación de la modificación a los Ministerios de Educación Nacional y Salud y de Protección Social. El Ministerio de Educación Nacional podrá adelantar en cualquier momento la verificación de las condiciones de calidad de los programas académicos.

**Parágrafo 2°.** Quienes pertenezcan a las minorías étnicas y cumplan con los requisitos de ingreso a un programa de especialización clínica, según los reglamentos y procedimientos establecidos por la Institución de Educación Superior respectiva, tendrán prioridad en la asignación de los cupos de dicho programa. Estas instituciones deberán establecer medidas para que por lo menos el diez por ciento de los cupos ofrecidos anualmente para los programas de especialización clínica se asignen a los miembros de minorías étnicas.

**Artículo. De la residencia médica.** La residencia médica corresponde al período en el que un médico graduado desarrolla, en el marco de un programa académico de especialización médica, actividades asistenciales de complejidad y responsabilidad progresivas, en una o varias instituciones prestadoras de servicios de salud, bajo niveles de supervisión definidos, con el fin de obtener el título de especialista.

**Artículo. Contrato de práctica formativa para residencia médica.** El contrato de práctica formativa para residencia médica es una forma especial de contratación, cuya finalidad es la formación de médicos especialistas en áreas clínicas y quirúrgicas, mediante el cual una persona natural o residente se obliga a prestar por el tiempo de duración del programa académico, un servicio personal, acorde al plan de delegación progresiva de competencias propias de la especialización a cambio de lo cual recibe de la institución prestadora de servicios de salud, una remuneración que constituye un apoyo de sostenimiento educativo mensual, así como las condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo formativo.

El apoyo de sostenimiento educativo mensual no será inferior a dos salarios mínimos mensuales vigentes y en ningún caso constituirá salario.

El residente estará afiliado a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, de Riesgos Laborales y General de Pensiones, cuyos aportes obligatorios serán pagados en su totalidad por la institución prestadora de servicios de salud con la cual se haya contratado el contrato de práctica formativa, e inclusive en los eventos en los cuales exista cofinanciación del apoyo de sostenimiento educativo mensual.

El residente tendrá derecho a 15 días hábiles de receso por cada período anual, en los cuales continuará recibiendo el apoyo de sostenimiento educa-

tivo mensual. Así mismo, tendrá derecho al reconocimiento y pago de las licencias por maternidad, paternidad, grave calamidad doméstica, luto y ejercicio del sufragio, según la normativa vigente.

La subordinación del residente estará referida exclusivamente a las actividades propias del programa de formación, de acuerdo con las características de los servicios donde se desarrolle el mismo y dentro de los espacios y horarios que la institución prestadora de servicios de salud disponga en el contrato respectivo. El horario no podrá superar las 12 horas por turno y las 66 horas por semana.

En caso de que el residente, de acuerdo con su programa académico, realice rotaciones fuera de la institución prestadora de servicios de salud con la que ha celebrado el contrato de práctica formativa para residencia médica, la institución contratante deberá mantener las condiciones de remuneración y demás garantías que determine la presente ley.

**Parágrafo 1°.** Constituye experiencia profesional acorde con el título académico previamente adquirido, el período en el que el residente desarrolló el programa académico de especialización médica o quirúrgica en medicina, la cual se contará una vez haya finalizado y aprobado el plan de estudios y demás requisitos de grado.

**Parágrafo 2°.** Las actividades y procedimientos asistenciales que el residente realice durante su período de formación, según el plan de delegación progresiva, serán reconocidos por los diferentes agentes del Sistema y pagados a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por quien tenga a su cargo la función de pagador.

**Artículo. Causales de suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica.** Serán causales de suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica las siguientes:

- a) Licencia por maternidad;
- b) Licencia por paternidad;
- c) Incapacidades debidamente certificadas;
- d) Período de receso definido en la presente ley.

La suspensión del contrato no exonera a la institución prestadora de servicios de salud, de continuar pagando los respectivos aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, de Riesgos Laborales y General de Pensiones.

**Artículo. Causales de terminación del contrato de práctica formativa para residencia médica.** Serán causales de terminación del contrato de práctica formativa para residencia médica las siguientes:

- a) Por mutuo acuerdo entre las partes;
- b) Por el vencimiento del término de duración del contrato;
- c) Por la configuración de una de las causales previstas en el reglamento estudiantil que conlleve la sanción de expulsión de la institución de educación superior u hospital universitario.

**Parágrafo.** No será causal de terminación ni suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica, la realización de rotaciones en institución prestadora de servicios de salud diferen-

te a la contratante, siempre y cuando las mismas se enmarquen en el programa académico de especialización médica o quirúrgica en medicina que dio origen a la respectiva contratación.

**Artículo. Cofinanciación del apoyo de sostenimiento educativo mensual.** El Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades públicas autorizadas legalmente para el efecto, podrán cofinanciar el apoyo de sostenimiento educativo mensual, previa definición, entre otras, de las prioridades en salud, las necesidades de las entidades territoriales, las áreas de gestión sanitarias, los Gestores de Servicios de Salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

**Parágrafo.** Los recursos destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán de manera progresiva a la cofinanciación de contratos de práctica formativa de especialistas, prioritariamente en entidades públicas. El residente con contrato de práctica formativa de especialistas no podrá ser simultáneamente beneficiario del programa de becas crédito.

**Artículo. Reporte de residentes ante el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano.** Una vez perfeccionado el contrato de práctica formativa para residencia médica, el residente deberá inscribirse como tal en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano, aportando para el efecto copia del respectivo contrato.

**Parágrafo.** Toda novedad en la ejecución del contrato de práctica formativa para residencia médica deberá ser registrada en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano, por la respectiva institución prestadora de servicios de salud.

En el artículo 48 aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el hospital universitario, se modifica para darle mayor claridad y precisión a la definición de esta institución.

Se propone el siguiente texto:

**Artículo 48. Hospital Universitario.** Modifíquese el artículo 100 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud orientada reconocida como escenario de práctica que cumple condiciones especiales en las áreas de a la docencia y la investigación, y extensión reconocida por su capacidad de generación de conocimiento y como escenario de práctica de programas de salud, principalmente de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina y que cumple condiciones para ofrecer estos programas de manera autónoma o en conjunto con una Institución de Educación Superior, para el desarrollo de programas de formación superior del área de salud de pregrado y posgrado, que le permiten ofrecer conjuntamente con instituciones de educación superior programas de especializaciones clínicas, en el marco de una relación a largo plazo:

El Hospital Universitario que, además de cumplir con los requisitos para acreditarse como tal, sea reconocido como centro de investigación por la autoridad competente, titulará de manera conjunta con la Institución de Educación Superior a los egresados de los programas de especializaciones clínicas.

El Gobierno Nacional Los Ministerios de Educación Nacional y Salud y Protección Social definirán los requisitos mínimos que deberán cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para obtener el reconocimiento como Hospital Universitario, y los criterios para su evaluación, para lo cual tendrá un término de seis meses a partir de la aprobación de la presente ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que actualmente son Hospitales Universitarios, contarán con un plazo de cinco años, contados a partir de la reglamentación del presente artículo, para cumplir los requisitos que se definan conforme a la presente ley.

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.

El artículo 50 aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre los requisitos para el ejercicio del personal del área de salud, conserva la misma redacción y alcance:

**Artículo 50. Requisitos para el ejercicio del personal del área de la salud.** Modifícase el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“El personal del área de la salud deberá cumplir con los siguientes requisitos para su ejercicio:

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:

a) Título otorgado por una institución de educación superior debidamente reconocida o por una institución autorizada en los términos del artículo 137 de la Ley 30 de 1992, en los niveles de formación técnico profesional, tecnológico, profesional o especialización, según la normativa que regule el servicio público de la educación superior.

b) Certificado otorgado por institución debidamente autorizada para el ofrecimiento y desarrollo de programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano.

c) Convalidación de título o certificado obtenidos en el extranjero, de acuerdo con la normativa vigente.

2. Estar inscrito y mantener actualizada y vigente su información en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social”.

## CAPÍTULO IX

### Inspección, vigilancia y control

Los artículos 69, 70, 71 y 72 aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional

Permanente del Senado de la República, sobre inspección, vigilancia y control, conservan la misma redacción y alcance:

**Artículo 69. Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud.** Las medidas especiales y la toma de posesión a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud son de carácter preventivo y correctivo, su propósito es garantizar la prestación del servicio y se regirán por lo previsto en la presente ley.

El proceso administrativo sancionatorio será el establecido por la presente ley y en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y su propósito es sancionar las conductas que vulneren las normas que rigen el Sistema.

**Artículo 70. Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión.** La toma de posesión, bajo la modalidad de intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa administrativa para liquidar, tiene por objeto y finalidad salvaguardar la prestación del servicio público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de salud, cualquiera sea la denominación que se le otorgue.

El Superintendente Nacional de Salud ordenará la toma de posesión a las entidades vigiladas, bajo cualquiera de sus modalidades, en los siguientes casos:

a) Cuando las entidades vigiladas no prestan el servicio público de salud con la continuidad y calidad debidas;

b) Cuando persista en violar, en forma grave, las normas a las que deben estar sujetos o incumplir sus contratos;

c) Cuando incumpla, en forma reiterada, las órdenes e instrucciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud;

d) Cuando se ha suspendido o se teme que pueda suspender el pago de sus obligaciones con terceros.

**Artículo 71. Modalidades y duración de la toma de posesión.** La toma de posesión podrá ser ordenada bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar. No podrá aplicarse la intervención forzosa administrativa para administrar sobre Salud Mía o sobre los Gestores de Servicios de Salud. Respecto de estas dos entidades solo procederá la intervención forzosa administrativa para liquidar.

Dentro del proceso de intervención forzosa para administrar, la entidad vigilada continuará desarrollando su objeto social y adelantará las acciones tendientes a superar las causales que dieron origen a la toma de posesión. Si después del plazo señalado por el Superintendente, que podrá ser de dos (2) años prorrogables por un término máximo igual al inicial, no se superan los problemas que dieron origen a la medida, la Superintendencia decidirá sobre su liquidación.

La intervención forzosa para liquidar se regirá, en lo pertinente, por las normas relativas a la liquidación de instituciones financieras. Las referencias que allí se hacen respecto a la Superintendencia Financiera y al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras y al Consejo Asesor se entenderán hechas a la Superintendencia Nacional de Salud. Las referencias a los ahorradores se entenderán respecto de los acreedores y las hechas al Ministerio de Hacienda y Crédito Público se entenderán como inexistentes. La duración del proceso liquidatorio será definida por el Superintendente Nacional de Salud.

**Artículo 72. Procedimiento de la toma de posesión.** La toma de posesión no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene.

El Superintendente Nacional de Salud **ordenará** la toma de posesión a las entidades vigiladas de cualquier naturaleza, bajo cualquiera de sus modalidades, mediante acto administrativo motivado que será de cumplimiento inmediato, a través del funcionario comisionado.

La decisión de toma de posesión será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal por el funcionario comisionado; si no fuere posible, se notificará por un aviso que se fijará por un día en lugar público, en las oficinas de la administración del domicilio social de la entidad intervenida. Contra el acto que ordena la toma de posesión procede el recurso de reposición en el efecto devolutivo.

**Parágrafo.** El Superintendente Nacional de Salud, en su calidad de autoridad de intervención, definirá en cada caso cómo y en qué tiempo se hará el traslado de los usuarios, con el fin de salvaguardar el servicio público de salud.

Los **artículos 73 y 74** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio y sanciones, realizan ajustes para aclarar el alcance de la norma.

**Artículo 73. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio.** La Superintendencia Nacional de Salud adelantará proceso administrativo sancionatorio mediante las modalidades oral y escrita. El sistema oral será la regla general, y el Superintendente determinará, mediante acto administrativo de carácter general, los casos en los cuales se dará aplicación al proceso administrativo sancionatorio escrito.

El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:

a) El auto de apertura de investigación se notificará, conforme al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo al Representante Legal de la entidad vigilada, en él se manifestarán las razones y fundamentos de la apertura de investigación y se indicará la fecha y lugar en que se llevará la primera audiencia de trámite, en donde de forma oral el investigado presentará

descargos y las pruebas que considere pertinentes. Durante el trámite de dicha audiencia, se decretarán las pruebas de oficio o a petición de parte, si a ello hubiere lugar;

b) Si las pruebas pueden practicarse en audiencia, así se hará;

c) Una vez realizada la práctica de pruebas se correrá traslado de las mismas por dos (2) días hábiles; vencido este plazo se citará a audiencia en la cual el investigado deberá presentar en forma verbal sus alegatos de conclusión;

d) Dentro de dicha audiencia se procederá a proferir la decisión correspondiente, la cual se entenderá notificada en estrados. La decisión sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

La inasistencia injustificada del investigado a las audiencias dará lugar a imponer multas hasta por mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por cada una de ellas.

El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

a) La Superintendencia, con fundamento en la información disponible, si hubiere lugar ordenará la apertura de la investigación;

b) En un plazo de ~~cinco~~ (5) diez (10) días hábiles solicitará explicaciones sobre las posibles irregularidades, señalando el plazo en el cual se dará respuesta, que no podrá ser superior a quince (15) días hábiles;

c) La práctica de pruebas, a que hubiere lugar, se realizará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles. Vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes;

d) La Superintendencia dispondrá de un (1) mes, 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;

e) La decisión sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo;

f) Los términos acá previstos podrán ampliarse por la Superintendencia Nacional de Salud hasta por el mismo tiempo cuando se trate de dos o más investigados o cuando la práctica de pruebas lo requiera.

Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan mérito ejecutivo.

**Artículo 74. Sanciones.** La Superintendencia Nacional de Salud impondrá las siguientes sanciones, de acuerdo con las actuaciones realizadas por el vigilado y su impacto en la prestación del servicio de salud:

a) Amonestación. Se entiende como un llamado de atención, que deberá publicarse en un medio de amplia circulación nacional y territorial; y constituirá un antecedente.

b) Multas. Se regirán conforme a la Ley 1438 de 2011;

c) Suspensión provisional de actividades hasta por cinco (5) años;

d) Prohibición de prestar el servicio público de salud en forma directa o indirecta, hasta por diez (10) años;

e) Revocatoria de la habilitación;

f) Ordenar la separación de los representantes legales y/o administradores, de sus cargos y/o prohibición de ejercer dichos cargos hasta por dos (2) años.

Las anteriores sanciones pueden ser impuestas de manera principal y/o accesoria.

La afectación del derecho fundamental a la salud de los niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas del conflicto armado, discapacitados y adultos mayores, será causal de agravación de las sanciones.

Las sanciones que se impongan a personas naturales se harán previo el análisis de la culpa eventual responsable y no podrá fundarse en criterios de responsabilidad objetiva.

Los **artículos 75 y 76** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre sanciones en eventos de conciliación y medidas especiales, conservan la misma redacción y alcance:

**Artículo 75. Sanciones en eventos de conciliación.** La inasistencia injustificada a la audiencia de conciliación por parte de Representantes Legales de entidades públicas o privadas, o el incumplimiento de lo acordado en la respectiva acta de conciliación, constituye una conducta que vulnera el Sistema y dará lugar a las sanciones previstas en el artículo anterior.

**Artículo 76. Medidas especiales.** El Superintendente Nacional de Salud, podrá ordenar mediante Resolución motivada de inmediato cumplimiento, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen, sustituyan o aclaren, a las entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud.

Esta actuación, no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene. Este acto administrativo será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal de la empresa por el funcionario comisionado por el Superintendente; una vez efectuada la notificación al representante legal se entenderán notificados los socios y demás interesados. Contra el acto administrativo procede recurso de reposición en efecto devolutivo.

En el **artículo 77** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el control y obligación de reporte al Sismed por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se realizan algunas precisiones de técnica jurídica.

**Artículo 77. Reporte de información.** La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá el control sobre y la obligación de reporte al Sistema de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - Sismed, e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones.

Frente a la evidencia presentada a través de las audiencias públicas en las que se estudió la necesidad del ejercicio por parte de las Entidades Territoriales de acciones en inspección, vigilancia y control, al igual que el financiamiento de las mismas, tema ampliamente discutido al interior de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, se incluye un **artículo nuevo** el cual busca, en el marco de las competencias asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud y que eventualmente se pueden delegar a las Entidades Territoriales, definir en forma clara el financiamiento que en ejercicio de las labores de Inspección, Vigilancia y Control pueden desempeñar los delegatarios de las mismas.

**Artículo. Financiamiento del ejercicio de funciones de Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales.** Cuando en el marco de la Ley 489 de 1998 la Superintendencia Nacional de Salud delegue en las Entidades Territoriales sus funciones de inspección, vigilancia y control, esta podrá disponer de un porcentaje del recaudo de la tasa establecida a su favor para transferirla al delegatario con el fin de cofinanciar el ejercicio de dichas funciones.

No podrán ser objeto de delegación:

1. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control sobre entidades de propiedad o participación de la respectiva entidad territorial.

2. La adopción de medidas especiales.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento avocar el conocimiento, caso en el cual la Entidad territorial suspenderá la investigación y pondrá la totalidad del expediente, en el estado en que se encuentre, a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.

## CAPÍTULO X

### **Atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia**

El ordenamiento jurídico colombiano, en concordancia con diversos instrumentos internacionales frente a los cuales se ha comprometido el Estado, reconoce y concede una protección integral y prevalente a los niños, niñas y adolescentes. Al respecto, el artículo 44 de la Constitución Política, en virtud del principio de interés superior<sup>1</sup> establece que los derechos de los niños, niñas y adolescentes, poseen una especial fuerza normativa sobre

<sup>1</sup> En este sentido, el artículo 3º de la Convención sobre los Derechos del Niño determina que "en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño".

los derechos de los demás, y que tal prevalencia, genera como consecuencia: (i) mayor garantía; (ii) responsabilidad especial del Estado en el cuidado y protección de sus derechos y desarrollo armónico e integral, y (iii) reconocimiento de que los niños, niñas o adolescentes tienen un estatus de *sujetos de protección constitucional reforzada*, es decir, que son titulares de derechos y que la satisfacción de estos, debe constituir el objetivo primario de toda actuación, oficial o privada.

El interés superior es un principio rector en la construcción y aplicación de normas jurídicas y en la ejecución de políticas públicas. De su parte el principio de *prevalencia de los derechos de los menores de dieciocho (18) años sobre los derechos de los demás* como expresión del principio de interés superior, que en el contexto de la creación y aplicación del derecho, obliga, entre otros, a determinar que el alcance de los contenidos normativos tengan para ellos y ellas la opción más favorable para asegurar su protección integral.

Ahora bien, el mencionado artículo 44<sup>2</sup> establece que el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes, entre otros, es fundamental y por lo tanto, como ha sido establecido por la Corte Constitucional, “*cuando está de por medio la salud de un niño, niña o adolescente por el simple hecho de serlo, es merecedor de todas las garantías en materia de salud en aras de su desarrollo físico y mental, sin que ninguna entidad encargada de prestar dicho servicio pueda dilatar injustificadamente la prestación del mismo, pues ello implicaría la vulneración directa de un derecho fundamental. En conclusión, con fundamento en la normatividad y la jurisprudencia constitucional, es claro que el derecho fundamental a la salud de los niños, niñas y adolescentes es autónomo e independiente, en observancia del principio de interés superior, por disposición expresa de la Constitución Política*”<sup>3</sup>.

En consecuencia, es necesario que en el desarrollo del derecho fundamental a la salud, se cuente con un enfoque de atención diferencial frente a este grupo poblacional y que las entidades en el Sistema tengan en cuenta dicha condición al momento de ofrecer sus servicios atendiendo a lo establecido en el artículo 27 de la Ley 1098 de 2006<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> Constitución Política. Ley 1098 de 2006. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. (...) En el mismo sentido fue determinado por la Ley 1098 de 2006 artículo 27.

<sup>3</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-197 de 2011. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Expediente T-2.870.723.

<sup>4</sup> **Artículo 27. Derecho a la salud.** *Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud. // En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen*

De esta forma, y teniendo en cuenta que el objeto de este proyecto de ley es regular de manera integral el Sistema con el fin de protegerlo, garantizarlo y materializarlo, en la búsqueda de generar condiciones para la justa, solidaria y cabal realización de la dignidad humana, es necesario y pertinente que se incluyan disposiciones relacionadas con medidas para la atención en salud con carácter preferente y diferencial para los niños, niñas y adolescentes.

En este sentido, el proyecto de ley busca garantizar una promoción, efectiva, prevención, detección temprana y tratamiento adecuado, preferente y diferencial de cualquier tipo de enfermedad que puedan padecer un niño, niña o adolescente del país, en virtud de su calidad de sujetos de especial protección constitucional.

Este proyecto reconoce de manera especial y específica a aquellas niñas, niños y adolescentes que han sido víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia física, sexual o de cualquier otra forma de maltrato, o estén en curso de un proceso de restablecimiento y esté bajo la protección del Estado, así como, a quienes se encuentran en situación de discapacidad o con enfermedades consideradas como catastróficas, ruinosas y huérfanas.

Lo anterior, por cuanto en estos casos, existe una doble condición de vulnerabilidad que amerita un tratamiento especial, en orden a garantizar su protección integral y el pleno ejercicio de sus derechos<sup>5</sup>.

No sobra reiterar que, si bien es claro que los niños, niñas y adolescentes son sujetos de especial protección, existe un grupo que por las especiales condiciones de vulnerabilidad, deben gozar de la protección reforzada de sus derechos y atención prioritaria por parte del Sistema, es decir, aquellos que se encuentran bajo protección del Estado, y que son sujetos cuyos derechos han sido vulnerados,

*subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación. // Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores. // Parágrafo 1º. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes. // Parágrafo 2º. Para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y mediante el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales y para el año 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para el año 2010 incorporará la prestación del servicio de salud integral a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo de salud. // El Gobierno Nacional, por medio de las dependencias correspondientes deberá incluir las asignaciones de recursos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo, en el proyecto anual de presupuesto 2008, el plan financiero de mediano plazo y el plan de desarrollo.*

<sup>5</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-796 de 2004. M.P. Rodrigo Escobar Gil. Expediente D-4997.

amenazados o inobservados, por lo cual ha sido necesario el restablecimiento de sus derechos en busca de la restauración de su dignidad e integridad como personas.

Igualmente, en los artículos relacionados del proyecto se establece la corresponsabilidad frente al cuidado y gestión de la atención, oportunidad e integridad a la salud de los niños, niñas y adolescentes, del Estado, los padres y representantes, para la exigencia de atención preferente y prioridad ante las autoridades del Sistema, en cumplimiento de lo señalado en la Constitución Política de Colombia, el artículo 10<sup>6</sup> de la Ley 1098 de 2006 y los instrumentos internacionales.

Como consecuencia de la supresión de los principios sobre prevalencia de derecho, sujetos especiales de protección y enfoque diferencial dentro del artículo correspondiente y lo analizado legal y constitucionalmente anteriormente, se propone un capítulo especial que contemple las condiciones bajo las cuales se debe ofrecer por parte de las entidades e instituciones del Sistema una atención diferenciada y prioritaria a los niños, niñas y adolescentes, que por su condición de sujetos especiales de protección constitucional merecen mayor atención por parte de las autoridades estatales.

Se propone el siguiente texto:

**Artículo. Atención preferente.** Los Gestores de Servicios de Salud deben disponer de una estrategia especial y diferenciada que garantice la promoción, efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de niñas, niños, gestantes y adolescentes teniendo en cuenta su ciclo de vida, perfil epidemiológico y carga de la enfermedad.

La estrategia deberá contener la promoción, efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de niñas, niños gestantes y adolescentes en condición de discapacidad, víctimas de abuso sexual y aquellos en consumo de sustancias psicoactivas y con patologías derivadas de su consumo.

Los Gestores de Servicio de Salud deberán hacer específicos los resultados de salud, a través de los cuales serán evaluados y remunerados, así mismo definirán con los prestadores de servicios de salud los resultados e indicadores de salud sobre los cua-

les se determinará el pago variable. El Ministerio de Salud y Protección Social propondrá un mínimo de indicadores que permitan medir los resultados de salud que deberán ser incluidos en la estrategia que diseñen los Gestores de Servicio de Salud.

Los Gestores de Servicio de Salud y Prestadores de Servicio de Salud deberán realizar seguimiento particular y específico a la estrategia diferenciada de salud de niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo medida de restablecimiento de derechos atendiendo criterios de oportunidad, calidad, pertinencia y continuidad de la atención.

El incumplimiento en la atención y en los resultados de salud a niñas, niños y adolescentes por parte del Gestor de Servicios de Salud o Prestador de Servicios de Salud agravará las sanciones contempladas en la presente ley.

**Artículo. Servicios y medicamentos para las niñas, niños y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas, ruinosas y huérfanas certificadas.** Los servicios y medicamentos para niñas, niños y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas, ruinosas y huérfanas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitas para las niñas, niños y adolescentes sin capacidad de pago, y para aquellos que se encuentren bajo medida de restablecimiento de derechos.

**Artículo. Restablecimiento de la salud de niñas, niños y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados.** Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia física o sexual y de todas las formas de maltrato certificado por autoridad competente, 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. Corresponsabilidad.** El Estado, los padres o representantes legales de los niños, niñas y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención, oportunidad e integridad a la salud de sus hijos o representados menores de edad, y exigir al Sistema la prestación de los servicios de salud a la que haya lugar.

El Estado y los agentes del Sistema establecerán los mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar cumplimiento a la atención en salud de manera efectiva, oportuna y con calidad.

**Artículo. Obligación de denunciar posible vulneración de derechos, maltrato o descuido.** Los Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual, así como el embarazo en niñas menores de 14 años.

<sup>6</sup> Ley 1098 de 2006. Artículo 10. *Corresponsabilidad.* Para los efectos de este código, se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.

La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado.

No obstante lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.

El incumplimiento de lo anterior por parte del Gestor de Servicios de Salud o Prestador de Servicios de Salud agravará las sanciones contempladas en el artículo referente a las sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previstas en la presente ley.

## CAPÍTULO XI

### Disposiciones transitorias

Los **artículos 78, 79, 80, 81, 82, 83 y 84** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre el plazo para la implementación de la ley, la creación y habilitación de entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud, la transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud, el balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas de Compensación Familiar, la continuidad de contratos y obligaciones del Fosyga, las declaraciones de giro y compensación y el saneamiento y pago de deudas, conservan la misma redacción y alcance. Sin embargo, se sugiere eliminar el tema referente a la autorización necesaria por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para crear y habilitar nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en virtud a que en dicho periodo la regulación correspondiente se estará modificando con el objeto de acondicionar la misma a las exigencias del proyecto de ley.

**Artículo 78. Plazo para la implementación de la ley.** La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

**Artículo 79. Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud.

Durante el periodo de transición no se podrán efectuar traslados, ampliaciones de cobertura y movimientos de usuarios, salvo que se trate de circunstancias excepcionales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La creación y habilitación de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios, durante el término de transición, requerirá la autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 80. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud.** Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán.

Las Entidades Promotoras de Salud que se transformen en Gestores de Servicios de Salud podrán conservar sus afiliados dentro del área donde fueron autorizadas para operar.

Durante el periodo de transición las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.

El Gobierno Nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, así como para garantizar la prestación de los servicios médicos y tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestor de Servicios de Salud.

**Artículo 81. Balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas de Compensación Familiar.** A partir de la entrada en operación de Salud-Mía, las Cajas de Compensación Familiar que administran directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, contarán con seis (6) meses para presentar ante dicha entidad el balance correspondiente a la ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado de los periodos pendientes o cuyo balance haya sido glosado por el Fosyga. Vencido este plazo, las Cajas de Compensación Familiar no podrán reclamar recursos por concepto de déficit en el mencionado balance. En los casos en que el resultado del balance sea superavitario, los recursos correspondientes deben ser girados al Sistema, dentro del término antes señalado.

**Artículo 82. Continuidad de contratos y obligaciones del Fosyga.** El Ministerio de Salud y Protección Social continuará con la ejecución y liquidación de los contratos y obligaciones que se encuentren vigentes y que correspondan al manejo, administración y operación de los recursos del Fosyga, una vez este sea suprimido.

**Artículo 83. Declaraciones de giro y compensación.** Las declaraciones de giro y compensación del Fosyga que se encuentren en estado aprobado quedarán en firme luego de tres (3) años contados a partir de la fecha de aprobación del proceso de compensación. Una vez la declaración de giro y compensación quede en firme no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes.

**Artículo 84. Saneamiento y pago de deudas.** Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán un periodo máximo de seis (6) meses para la aclaración de las deudas pendientes provenientes de la prestación de servicios de salud. El Gobierno Nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones; para ello la Superintendencia Nacional de Salud y los demás organismos de control y vigilancia del sector, aplicarán las sanciones a que haya lugar.

El **artículo 85** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre los recobros y reclamaciones ante el Fosyga, se amplía el universo de recobros y reclamaciones objeto de saneamiento

con el fin de agilizar el flujo de los recursos del Sistema. Adicionalmente, se propone eliminar la aplicación de la transacción dado que en la puesta en marcha del mecanismo acá previsto las entidades recobrantes y reclamantes pueden incluir las cuentas que se encuentren en procesos judiciales.

Se propone el siguiente texto:

**Artículo 85. *Recobros y reclamaciones ante el Fosyga.*** Los recobros y reclamaciones ante El Fosyga o quien haga sus veces reconocerá y pagará las reclamaciones y recobros, que hubieren sido glosados por cualquier causal y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción contencioso administrativa correspondiente, caducarán en dos (2) años. Para su reconocimiento y pago se exigirá los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación; previa nueva auditoría integral que verificará únicamente el cumplimiento de los requisitos esenciales para demostrar la existencia de la obligación, la cual será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes.

Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Los documentos soporte de los recobros y reclamaciones podrán ser presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los recobros pendientes de pago por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud se efectuarán conforme a lo señalado en el Decreto 347 de 2013.

Los recobros por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud que se encuentren en proceso de reclamación judicial podrán ser objeto de arreglo directo entre el demandante y el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual solo se requerirá de una transacción entre las partes y el desistimiento del proceso.

El **artículo 86** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre trámite de glosas, conserva la misma redacción y alcance:

**Artículo 86. *Trámite de glosas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo, se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud para el uso de las facultades de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

## CAPÍTULO XII

### Disposiciones finales

El **artículo 87** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del

Senado de la República, sobre trámite de garantías para el sector salud, se modifica con el propósito de aclarar la naturaleza jurídica del fondo. De otra parte, se incorporan instrumentos de salvamento tanto para resolver las deudas como para prevenir en etapas de intervención o liquidación la generación de nuevas deudas. En el mismo sentido se habilitan los títulos de deuda como posible fuente de financiación.

**Artículo 87. *Fondo de garantías para el sector salud.*** El Fondo de Garantías para el Sector Salud funcionará como una cuenta especial sin personería jurídica, administrado por la Unidad de Gestión - Salud-Mía cuyo objetivo es proteger la confianza de los agentes del Sistema y asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud, preservando el equilibrio y la equidad económica de dicho Sistema. Salud-Mía dispondrá de un fondo destinado a la administración de los mecanismos financieros necesarios para preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los siguientes objetivos:

Dentro de este objeto general el fondo tendrá las siguientes funciones:

a) Procurar que los agentes del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria que permita para dar continuidad a la prestación de servicios de salud;

b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial para lo cual podrá, entre otros, establecer líneas de crédito destinadas a otorgar préstamos u que permita el acceso a crédito otras formas de financiamiento a los agentes del Sistema;

c) Participar transitoriamente en el capital de los agentes del Sistema;

d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de los agentes del Sistema;

e) Llevar a cabo el seguimiento de la actividad de los liquidadores de los agentes del Sistema que sean objeto de los procesos de liquidación adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud;

f) Cesión de cartera.

Los ingresos del fondo podrán ser:

a) Recursos del Presupuesto General de la Nación o títulos de deuda;

b) Aportes de los agentes con cargo al porcentaje de administración y de los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes;

c) Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores hasta el momento en que entre en operación la Unidad de Gestión - Salud-Mía;

d) Los rendimientos financieros de sus inversiones;

e) Los recursos de la Subcuenta de Garantía del Fosyga, resultantes de su supresión;

f) Los demás que obtenga a cualquier título.

Los términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías para el Sector Salud los establecerá el Gobierno Nacional. Los recursos

que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros se incorporarán al portafolio del Fondo, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal a la respectiva subcuenta.

**Parágrafo.** Hasta antes de la fecha de supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo deudor sean las Entidades Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de los recursos que tendrá que pagar la Entidad Promotora de Salud o quien asuma sus obligaciones podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título les correspondan.

El **artículo 88** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, se modifica con el objeto de flexibilizar los criterios de distribución de estos recursos para permitir que con ellos se financie en parte la formalización laboral propuesta en la presente ley.

**Artículo 88. Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones.** A partir de la vigencia 2015, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para Salud se destinarán el 10% para cofinanciar las acciones en Salud Pública; el 80% para el componente de Régimen Subsidiado y el 10% restante para la prestación de servicios de salud realizada por los prestadores públicos que se denominará Oferta Pública, recursos que promoverán la sostenibilidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud cofinanciarán los componentes del Régimen Subsidiado, las acciones de salud pública y la prestación de servicios de salud realizada por los prestadores públicos, la cual se denominará como oferta pública. El Conpes Social determinará los porcentajes de los componentes señalados en el presente artículo, de conformidad con las prioridades de política del Sistema.

La distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para cofinanciar la oferta pública podrá considerar los siguientes componentes y criterios de distribución territorial:

Los recursos para promover la oferta pública de servicios de salud, serán distribuidos a las entidades territoriales competentes, una vez descontados los recursos para el saneamiento de la red pública según el porcentaje que defina el Gobierno Nacional conforme a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013 destinados al Fonsaet, considerando los siguientes criterios:

- a) Población y equidad en la prestación de servicios de salud;
- b) Eficiencia administrativa o fiscal en la gestión de prestación de servicios de salud.

a) Una bolsa para cofinanciar la atención a la Población Pobre No Afiliada a cargo de las Entidades Territoriales (PPNA);

b) Una bolsa que contribuya al financiamiento de la oferta mínima esencial en condiciones de eficiencia en los Departamentos y Distritos, a través de instituciones de carácter público, no asociada a la producción y venta de servicios de salud;

c) Una bolsa para financiar el Fonsaet de conformidad con la Ley 1608 de 2013;

d) Una bolsa para compensar las diferencias en la distribución del Sistema General de Participaciones producto de variaciones en la población, y para incentivar la eficiencia de la Red de Prestadores de Servicios de Salud públicos.

Los recursos distribuidos en el marco de los anteriores criterios tendrán los siguientes usos de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional:

a) Prestación de servicios por instituciones públicas con características monopólicas no sostenibles por venta de servicios que operen en condiciones de eficiencia;

b) Formalización laboral en condiciones de sostenibilidad y eficiencia.

Los criterios de distribución territorial para el componente de PPNA serán la población pobre no asegurada, ajustada por dispersión territorial y el aporte patronal. Para el componente de oferta mínima esencial la distribución se realizará con base en criterios de población y eficiencia, entre aquellas Entidades Territoriales con oferta pública en condición monopólica, para los servicios mínimos esenciales que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el componente de Fonsaet se considerará lo dispuesto en la Ley 1608 de 2013. Para el componente de compensación y eficiencia se considerará la asignación de la vigencia anterior y los ingresos, gastos, producción, indicadores de calidad o resultados de salud.

**Parágrafo 1°.** El Gobierno Nacional podrá definir una compensación para las variaciones negativas originadas en la menor asignación respecto al año anterior.

Los aportes patronales no podrán incrementarse de un año a otro por encima de la inflación, excepto por incremento de reformas legales.

**Parágrafo 2°.** Este artículo se aplicará conforme a la reglamentación que el Gobierno Nacional expida para el efecto. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá disponer de los recursos del Sistema General de Participaciones de oferta pública para financiar el valor por persona de Mi-Plan y definir la transformación de recursos de oferta pública a Régimen Subsidiado.

**Parágrafo 3°.** Los excedentes y saldos no comprometidos del Sistema General de Participaciones con destino a la prestación de servicios a la Población Pobre no Asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, a la entrada en vigencia de la presente ley, se destinarán para el pago

de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores o para la financiación de la formalización laboral de las Empresas Sociales del Estado, al saneamiento fiscal y financiero de las Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud en los términos señalados en el artículo 8° de la Ley 1608 y sus reglamentos, siempre y cuando no existan a cargo del Municipio y del Departamento o Distrito deudas por la prestación de servicios de salud.

En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud, dichos saldos serán girados al Departamento para financiar las actividades definidas en el presente párrafo.

Con el objeto de complementar el artículo precedente se propone un **artículo nuevo** que ajuste los criterios de asignación de los aportes patronales previstos en la Ley 715 de 2001 y de esta forma, lograr que los recursos excedentes puedan destinarse a la prestación de servicios de salud.

**Artículo. Aportes patronales de las Empresas Sociales del Estado.** A partir del año 2015 las Empresas Sociales del Estado deben liquidar y pagar los aportes patronales directamente.

La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales adelantará las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral por parte de las Empresas Sociales del Estado. En caso de identificar el incumplimiento en el pago, dicha Unidad informará y certificará el valor de dicho incumplimiento a la Unidad de Gestión - Salud-Mía, quien procederá a hacer la retención del valor correspondiente al aporte del siguiente giro. De igual forma, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) informará a las entidades de control pertinentes para que dicho comportamiento por parte del Gerente o Director de la Empresa Social del Estado sea sancionado como falta grave en el desempeño de las funciones.

En el **artículo 89** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y las juntas directivas, se hace una precisión en relación a los requisitos mínimos aplicables a los gerentes o directores de estas instituciones públicas de salud.

Se propone el siguiente texto:

**Artículo 89. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas.** Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente.

Los gerentes o directores cuyo periodo no haya culminado a la expedición de la presente ley continuarán en el desempeño de su empleo hasta el cumplimiento del periodo, el retiro por evaluación, la renuncia al cargo, o cualquier otra situación administrativa. Una vez el empleo se encuentre vacante deberá proveerse mediante nombramiento ordinario.

El Gobierno Nacional definirá las calidades exigidas para ser gerente o director de una Empresa Social del Estado que como mínimo deberá ser de profesionales universitarios con tres (3) o más años de experiencia en el sector. Las calidades exigidas pueden variar dependiendo del nivel de complejidad o de los servicios que preste la Empresa Social del Estado.

Las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, estarán integradas de la siguiente manera:

a) El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá;

b) El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado;

c) Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente constituidas mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud;

d) Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por votación. En el evento de no existir en la Empresa Social del Estado profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del orden municipal además de los miembros ya definidos en el presente artículo, tendrán como miembro de la Junta Directiva al Gobernador del Departamento o su delegado.

Los miembros de la Junta Directiva, a que hacen mención los literales c y d del presente artículo, tendrán un periodo de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos.

~~**Parágrafo.** El Gobierno Nacional definirá las calidades exigidas para ser gerente o director de una Empresa Social del Estado partiendo del hecho de que en todos los casos debe tratarse de profesionales universitarios con tres (03) o más años de experiencia en el sector. Las calidades exigidas pueden variar dependiendo del nivel de complejidad o de los servicios que preste la ESE.~~

Se incluye un **artículo nuevo** que retoma las facultades extraordinarias, que a través del proyecto de ley presentado el 19 de marzo de 2013, fueron solicitadas por el Gobierno Nacional al Congreso de la República sobre el régimen laboral aplicable a los servidores de las Empresas Sociales del Estado.

Se propone el siguiente texto:

**Artículo. Facultades extraordinarias régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado.** De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente ley, expida normas con fuerza de ley que contengan la clasificación de empleos,

el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general, el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio público de salud y hacer sostenible las Empresas Sociales del Estado. En todo caso, en desarrollo de estas facultades se deberán respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los Servidores Públicos, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política.

Los **artículos 90 y 91** aprobados en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre facultades extraordinarias de las minorías étnicas, sobre las funciones de las personerías y vigencias y derogatorias, conservan la misma redacción y alcance:

**Artículo 90. Facultades extraordinarias minorías étnicas.** De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, manteniendo la normatividad vigente que les sean más favorables.

En la elaboración de las normas con fuerza de ley que desarrollen las facultades extraordinarias aquí otorgadas se consultará a los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas bajo los parámetros de la jurisprudencia constitucional, la ley y el derecho propio, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta previa. La metodología de la consulta previa para la elaboración de las normas con fuerza de ley será concertada entre el Gobierno Nacional y los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas. Los medios económicos y técnicos para el desarrollo de dichas consultas serán garantizados por el Gobierno Nacional.

**Parágrafo.** Los decretos con fuerza de ley que se expidan contendrán, cuando se requiera, de esquemas de transición que permitan dar aplicación a las disposiciones allí contenidas.

**Artículo 91.** Se adiciona un nuevo numeral al artículo 178 de la Ley 136 de 1994, que trata sobre las funciones de los personeros: (...)

27. Velar, de manera especial, por el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de cualquier persona. Para tal efecto, quedará facultado para:

i) Conminar a los gerentes, representantes legales y/o directores de los Gestores de Servicio de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando, a su juicio, dicho derecho fundamental se encuentre amenazado, esté siendo vulnerado o

desconocido por alguna de esas entidades, para que estas procedan a cumplir con la prestación del servicio o tecnología de salud requerida;

ii) Remitir a la Superintendencia Nacional de Salud copias de la actuación adelantada, para que se adopten las decisiones a que haya lugar;

iii) Resolver las quejas que presenten las personas en torno a la prestación de un servicio o tecnología de salud contra los Gestores de Servicio de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

En el **artículo 92** aprobado en primer debate por la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, sobre vigencias y derogatorias, se adicionan los artículos 100 y 101 de la Ley 1438 con el propósito de hacer concordante lo propuesto en el capítulo de la formación y ejercicio del talento humano de la presente ley.

**Artículo 92. Vigencias y derogatorias.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial el literal b) del artículo 155, los artículos 171, 172 y el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993; el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007; el inciso final del artículo 2° y los artículos 25, 26, 27, 100, 101 y 137 de la Ley 1438 de 2011; y el segundo inciso del artículo 229 del Decreto Ley 019 del 2012.

Transcurrido el esquema de transición definido en la presente ley, se entienden derogados el literal c del artículo 155, el artículo 156, el numeral 1) del artículo 161, los artículos 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 205, el numeral 1) del artículo 214, el artículo 215, y el inciso segundo del artículo 217 de la Ley 100 de 1993; el artículo 49 y el inciso número seis del artículo 66 de la Ley 715 de 2001; el literal a) del artículo 13, y los artículos 16 y 19 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 31, 57, 60, 61, 62, 63 y 64 de la Ley 1438 de 2011.

### PROPOSICIÓN

De acuerdo con las anteriores consideraciones, nos permitimos solicitar al honorable Senado de la República, aprobar el informe de ponencia con el pliego de modificaciones y el texto propuesto inserto al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus acumulados **Proyectos de ley número 051 de 2012 y 233 de 2013 Senado**.

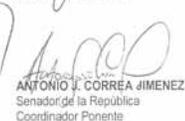
Atentamente,

Senado de la República:

  
JORGE BALLESTEROS BERNIER  
Senador de la República  
Coordinador Ponente

  
EDINSON DELGADO RUIZ  
Senador de la República  
Coordinador Ponente

  
GUILLERMO A. SANTOS MARIN  
Senador de la República  
Coordinador Ponente

  
ANTONIO J. CORREA JIMENEZ  
Senador de la República  
Coordinador Ponente



GABRIEL ZAPATA CORREA  
Senador de la República  
Coordinador Ponente

MAURICIO ERNESTO OSPINA GOMEZ  
Senador de la República  
Coordinador Ponente

CLAUDIA J. WILCHES SARMIENTO  
Senadora de la República



TERESITA GARCÍA ROMERO  
Senadora de la República



RODRIGO ROMERO HERNÁNDEZ  
Senador de la República

LILIANA RENDON ROLDAN  
Senadora de la República

ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCA  
Senadora de la República

GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS  
Senadora de la República



GERMÁN B. CARLOSAMA LÓPEZ  
Senador de la República

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veintinueve (29) días del mes de agosto año dos mil trece (2013). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, el informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, contenido en ciento tres (103) folios, al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud. **El texto propuesto para segundo debate y pliego de modificaciones, contenido en el presente informe de ponencia que se ordena publicar, consta de ochenta y cinco (85)**. Autoría del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado (Ministerio de la Salud y de la Protección Social - doctor Alejandro Gaviria Uribe). Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado (honorables Senadores Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz) y Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado (honorables Senadores Luis Carlos Avellaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, Alexander López, Parmenio Cuéllar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena, y los honorables Representantes Iván Cepeda Castro, Germán Navas Talero, Ángela María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla, Hugo Velásquez).

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para segundo debate Senado, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate Senado y pliego de modificaciones, que se ordena publicar, con proposición (POSITIVA), está refrendado por los honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez (Coordinador), Edinson Delgado Ruiz (Coordinador), Gabriel Zapata Correa (Coordinador), Jorge Eliécer Ballesteros Bernier (Coordinador), Teresita García Romero, Germán Carlosama López, Guillermo Antonio Santos Marín (Coordinador) y el honorable Senador Rodrigo Romero Hernández actúa como ponente para segundo debate en reemplazo de la honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez (fallecida), en su calidad de ponentes. Los honorables Senadores Gloria Inés Ramírez Ríos, Mauricio Ernesto Ospina Gómez (Coordinador), Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Astrid Sánchez Montes de Oca y Liliana María Rendón Roldán, no refrendaron este informe que se ordena publicar.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

**TEXTO PROPUESTO Y PLIEGO DE MODIFICACIONES PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 210 DE 2013 SENADO Y SUS ACUMULADOS NÚMERO 233 DE 2013 Y 051 DE 2012 SENADO**

*por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

**Disposiciones generales**

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* La presente ley tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Establece los principios del Sistema, los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria en salud, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una entidad de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud, el régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y su fortalecimiento y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 2°. *Ámbito de la ley.* La presente ley regula la forma en que el Estado organiza, dirige, coordina, financia, inspecciona, vigila y controla la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud y los roles de los actores involucrados.

Artículo 3°. *Objetivo y características.* El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud

posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

El Sistema tendrá las siguientes características:

a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Estado;

b) Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial;

c) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;

d) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9ª de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan, incorporados en Plan Decenal de Salud Pública y en sus planes territoriales;

e) Tendrá atención primaria y complementaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, a través de un esquema de aseguramiento social al cual se afilien todos los residentes del territorio colombiano. La gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponde a los Gestores de Servicios de salud;

f) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, diferenciados, en forma exclusiva, por los reconocimientos económicos que la Ley defina para quienes coticen al mismo.

g) Tendrá un plan de beneficios individual al cual accederán todos los afiliados, estructurado a través de la priorización de servicios y tecnologías de salud susceptibles de financiamiento con cargo a los recursos del Sistema;

h) Contará con una entidad que será la responsable de administrar la información de la afiliación, adelantar el recaudo, administración, pago, giro directo a prestadores y proveedores, o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;

i) Operará mediante esquemas de integración territorial y redes integradas. Para el efecto se conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;

j) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizadas en zonas dispersas;

k) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;

l) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, y a los profesionales, dentro de las condiciones de la presente ley.

Artículo 4º. *Evaluación del sistema.* A partir del año 2015, cada cuatro (4) años, el Gobierno Nacional evaluará el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:

a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;

b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;

c) El aporte de las tecnologías en salud;

d) La capacidad de la red hospitalaria;

e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;

f) Los resultados de las políticas de salud pública;

g) La inspección, vigilancia y control;

h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;

i) La sostenibilidad financiera;

j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.

El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República, previa la revisión que realice una comisión que para el efecto designen las Comisiones Séptimas Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo anterior, el Ministro debe presentar informes de seguimiento cada dos (2) años a las mencionadas comisiones.

Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector.

Artículo 5º. *Principios del sistema.* El artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3º de la Ley 1438 de 2011, quedará así:

“Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

**a) Universalidad.** El Sistema cubre a todos los residentes en el territorio colombiano, en todas las etapas de la vida;

**b) Solidaridad.** El Sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, sectores económicos y comunidades para garantizar el acceso y la sostenibilidad de los servicios de salud;

**c) Eficiencia.** El Sistema optimiza la relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y la calidad de vida de la población;

**d) Igualdad.** El Sistema ofrece la misma protección y trato a todas las personas habitantes en el territorio colombiano, quienes gozarán de iguales derechos, sin discriminación por razones de cultura, minoría étnica, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad, capacidad económica y situación de discapacidad, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y niñas y de las acciones afirmativas;

**e) Obligatoriedad.** Todos los residentes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;

**f) Equidad.** El Sistema garantiza políticas públicas tendientes al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección;

**g) Calidad.** El Sistema garantiza que los agentes, servicios y tecnologías de salud se centran en los residentes del territorio colombiano, sean apropiados desde el punto de vista médico y técnico y respondan a estándares aceptados científicamente, con integralidad, seguridad y oportunidad. La calidad implica que el personal de la salud sea competente y que se evalúen los establecimientos, servicios y tecnologías ofrecidos;

**h) Participación social.** El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan;

**i) Progresividad.** El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estado;

**j) Libre elección.** El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir a su Gestor de Servicio de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación;

**k) Sostenibilidad.** El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, los cuales deberán tener un flujo efectivo. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.

**l) Transparencia.** El Sistema establece que las condiciones de prestación del servicio, la relación entre los distintos agentes del Sistema, la definición de políticas y la información en materia de salud deben ser públicas, claras y visibles, considerando la confidencialidad y protección de datos a que haya lugar;

**m) Descentralización administrativa.** El Sistema se organiza de manera descentralizada administrativamente por mandato de la ley y de él harán parte las Entidades Territoriales;

**n) Complementariedad y concurrencia.** El Sistema propicia que las autoridades y los diferentes agentes, en los distintos niveles territoriales, colaboren entre sí con acciones y recursos dirigidos al logro de sus objetivos y se articulen adecuadamente sin perjuicio de sus competencias;

**o) Corresponsabilidad.** El Sistema promueve que todas las personas propendan por su autocuidado, por el cuidado de su familia y de la comunidad, por un ambiente sano, por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema y por el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Los agentes del Sistema difundirán, apropiarán y darán cumplimiento a este principio;

**p) Irrenunciabilidad.** El Sistema garantiza que las personas no sean privadas u obligadas a prescindir de sus derechos, ni a disponer de los mismos. El derecho a la Seguridad Social en Salud es de orden público y, por tanto, irrenunciable;

**q) Intersectorialidad.** El Sistema promueve que los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afecten los determinantes sociales y el estado de salud de la población, actúen mediante acciones conjuntas y coordinadas;

**r) Prevención.** El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;

**s) Integralidad.** El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;

**t) Inembargabilidad.** Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente;”.

## CAPÍTULO II

### Salud pública y atención primaria en salud

Artículo 6°. *Salud pública.* Se entiende por salud pública el conjunto de acciones colectivas llevadas a cabo por el Estado sobre las comunidades y sus entornos, dirigidas y ejecutadas para mantener la salud y prevenir la enfermedad, las cuales incluye:

- Funciones y competencias relacionadas con el ejercicio de la rectoría, como lo son entre otras, las de planeación, regulación, gerencia, vigilancia y control en salud pública en el territorio. Dichas funciones y competencias estarán bajo la responsabilidad indelegable del Estado y serán asumidas y financiadas de manera directa por cada Entidad Territorial conforme a las competencias definidas en los artículos 43.3, 44.3 y 45 de la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes.

- Acciones sectoriales e intersectoriales sobre los determinantes sociales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente que contribuyan a disminuir la inequidad en salud entre los distintos grupos poblacionales.

- Acciones dirigidas a disminuir, mitigar o modificar los riesgos individuales.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá:

i) Los lineamientos, metodologías, herramientas e instrumentos que permitan fortalecer la planeación y gestión en salud pública en los niveles municipal, distrital y departamental;

ii) Los modelos de evaluación, seguimiento y control;

iii) Las responsabilidades y requerimientos para todos y cada uno de los actores del Sistema en esta materia; y

iv) Las acciones de cooperación y asistencia técnica permanente para su implementación y desarrollo.

Parágrafo. La prestación de las acciones colectivas se realizará mediante contratación con instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el registro de prestadores para este fin, el Sistema de Garantía de la Calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de salud pública y los resultados en salud de las mismas.

Artículo 7°. *Planeación en salud pública.* La planeación en salud pública en el territorio nacional estará integrada por los siguientes niveles e instrumentos:

- Un Plan Decenal de Salud Pública formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual contendrá el análisis de la situación de salud, el diagnóstico de las prioridades y los lineamientos de acción del territorio nacional y sus Entidades Territoriales en materia de salud pública y de la atención individual en salud. Este Plan establecerá las pautas para una acción coordinada y articulada entre sectores y actores para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública, de prestación de servicios y la intervención sobre los determinantes sociales de la salud.

- Planes Territoriales de Salud formulados cada cuatro (4) años por las Entidades Territoriales los cuales desarrollarán el Plan Decenal de Salud Pública y contendrán el diagnóstico de la situación de salud, las prioridades, los lineamientos, las estrategias e intervenciones en materia de salud pública y atención individual en salud. Estos Planes harán parte del Plan de Desarrollo Territorial, serán elaborados en coordinación con los Consejos Locales de Política Social y los demás agentes del Sistema e incluirán las recomendaciones de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública. La desagregación de los Planes Territoriales de Salud se hará mediante los Planes Operativos Locales.

El Plan Territorial de Salud integrará los componentes de intervenciones colectivas construido por el territorio y el de intervenciones individuales elaborado por los Gestores de Servicios de Salud que operen en el respectivo territorio.

Dicho Plan debe tener como mínimo cuatro (4) líneas de acción:

i) Promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud;

ii) Gestión del riesgo en protección específica, detección temprana, diagnóstico y tratamiento por los Gestores de Servicios de Salud en el respectivo territorio;

iii) Gestión en salud pública, en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes, y el ejercicio de la autoridad sanitaria; y

iv) Desarrollo del componente de red de prestación de servicios.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial. La evaluación estará centrada en la medición de resultados en salud y se utilizarán los datos de los registros administrativos y bases de datos oficiales existentes en el país.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el conjunto de actividades colectivas en salud pública, así como los programas nacionales, departamentales y municipales requeridos para el cumplimiento de dichas actividades.

Artículo 8°. *Estrategia de atención primaria en salud.* El diseño y ejecución de las acciones de salud pública y atención individual en salud adoptarán como su estrategia principal la atención primaria en salud.

Para tal efecto, el Gobierno Nacional definirá en un plazo no mayor de seis (6) meses la Política Pública de la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta su modelo de atención operativo y su implementación gradual y progresiva.

La estrategia de atención primaria en salud debe estar en concordancia con las características de cada Entidad Territorial, sus planes de desarrollo y planes territoriales de salud.

Artículo 9°. *Investigación, innovación y desarrollo tecnológico para la salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social orientará y promoverá el desarrollo de actividades científicas, tecnológicas y de innovación, que ofrezcan respuestas a las necesidades y problemas de salud de los colombianos.

Igualmente, en coordinación con las entidades del sector salud, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, definirán los lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de investigación, priorizando las acciones que deban desarrollarse con recursos públicos.

Las prioridades de que trata el presente artículo y los recursos que se orienten para tal fin se establecerán de manera conjunta con Colciencias con el propósito de promover alianzas estratégicas con los diferentes actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

### CAPÍTULO III

#### **Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Artículo 10. *Creación de Salud-Mía.* Créase una entidad del nivel descentralizado del orden nacional, de naturaleza especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente, denominada Unidad de Gestión -Salud-Mía, la cual será parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 11. *Régimen aplicable a la Unidad de Gestión-Salud-Mía.* El régimen de los empleados de la Unidad de Gestión -Salud-Mía en materia de clasificación de empleos, administración de personal y carrera administrativa será el que rige para los empleados públicos. En materia de nomenclatura el personal se regirá por un sistema especial.

El régimen presupuestal será el que rige para las Empresas Industriales y Comerciales del Estado de carácter financiero, sujeta al control de la Superintendencia Financiera de Colombia, en relación con sus actividades financieras, y al control fiscal por parte de la Contraloría General de la República.

En materia contractual la Unidad de Gestión -Salud-Mía se regirá por el derecho privado y dará aplicación a lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007.

Artículo 12. *Objeto.* La Unidad de Gestión -Salud-Mía tiene por objeto administrar, directamente o a través de terceros, los procesos de afiliación de la población, recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.

Artículo 13. *Funciones de la unidad de gestión.* Para desarrollar el objeto la Unidad de Gestión -Salud-Mía tendrá las siguientes funciones:

a) Administrar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los residentes en el territorio colombiano;

b) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de salud y las demás que la ley determine;

c) Administrar los recursos del Sistema;

d) Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - Fonsaet creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013;

e) Administrar el Fondo de Garantías para el sector salud que se crea a través de la presente ley;

f) Ordenar los pagos que correspondan, efectuar los giros directos en nombre de los Gestores de Servicios de Salud o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;

g) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;

h) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;

i) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;

j) Adelantar las auditorías para el reconocimiento y pago de servicios de salud.

k) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Parágrafo 1°. La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que para el recaudo de las mismas procedan.

Parágrafo 2°. El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual se harán de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.

Artículo 14. *Domicilio y patrimonio.* La Unidad de Gestión -Salud-Mía tendrá domicilio en Bogotá, D. C., su patrimonio estará conformado por los aportes del Presupuesto General de la Nación, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, el patrimonio del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Unidad de Gestión -Salud-Mía.

Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la Unidad de Gestión -Salud-Mía se financiarán con recursos del Presupuesto General de la Nación y con un porcentaje de los recursos administrados que defina el reglamento. En ningún caso se financiarán con los recursos del Sistema General de Participaciones o con las rentas cedidas propiedad de las Entidades Territoriales.

Artículo 15. *Recursos que recaudará y administrará la Unidad de Gestión -Salud-Mía.* La Unidad de Gestión -Salud-Mía recaudará y administrará los siguientes recursos:

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;

b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;

c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;

d) Las cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con vinculación laboral adicional respecto de la cual estén obligados a contribuir al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

e) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia los artículos 279 de la Ley 100 de 1993 y 2° de la Ley 647 de 2001;

f) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Estos recursos se girarán directamente desde el responsable del recaudo;

g) Los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012 los cuales serán transferidos a la Unidad de Gestión -Salud-Mía, entendiéndose así ejecutados;

h) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a la Unidad de Gestión -Salud-Mía por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;

i) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010;

j) Los recursos del Fonsat creado por el Decretoley 1032 de 1991;

k) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobrará en adición a ella;

l) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009;

m) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado. Estos recursos serán girados directamente por los generadores y por el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de productos extranjeros a la Unidad de Gestión -Salud-Mía. La Entidad Territorial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;

n) Los rendimientos financieros que se generen por la administración que haga la Unidad de Gestión -Salud- Mía de los recursos a que se refiere el presente artículo;

o) Los recursos que la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) recaude como consecuencia del cobro coactivo los cuales transferirá directamente a la Unidad de Gestión -Salud-Mía sin operación presupuestal;

p) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la Ley o el reglamento.

Parágrafo 1°. Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y m) se contabilizarán individualmente a nombre de las Entidades Territoriales.

Parágrafo 2°. La totalidad de los recursos señalados en los literales j) y k) se destinarán para los fines previstos en el presente artículo, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 del Decretoley 019 de 2012.

Parágrafo 3°. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse sin situación de fondos en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.

Parágrafo 4°. Los recursos del Presupuesto General de la Nación que se destinen al financiamiento

del Sistema General de Seguridad Social en Salud se presupuestarán como transferencias las cuales se entenderán ejecutadas con su giro a la Unidad de Gestión -Salud-Mía.

Parágrafo 5°. Los recursos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos del subsidio familiar no harán parte del Presupuesto General de la Nación.

Artículo 16. *Destinación de los recursos administrados.* Los recursos que administra la Unidad de Gestión - Salud-Mía se destinarán a:

a) Pago a los Gestores de Servicios de Salud, de conformidad con lo señalado en la presente ley;

b) Pago por licencias de maternidad o paternidad o incapacidades por enfermedad general de los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

c) Indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos;

d) Gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011;

e) Gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina;

f) Inversión en salud en casos de eventos catastróficos. Estos eventos deberán ser declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social;

g) Gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente;

h) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud;

i) Acciones de salud pública o programas nacionales de promoción y prevención adicionales a los financiados con recursos del Sistema General de Participaciones;

j) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;

k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;

l) Recursos destinados a la inspección, vigilancia y control de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011;

m) Pago a prestadores de servicios de salud y proveedores;

n) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.

Parágrafo 1°. Los excedentes financieros que genere la operación de la Unidad de Gestión -Salud-Mía se destinarán a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud para lo cual se mantendrá su destinación inicial.

Parágrafo 2°. El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud con los recursos administrados por la Unidad de Gestión -Salud-Mía.

Artículo 17. *Órgano de dirección y administración.* La dirección de la Unidad de Gestión -Salud-Mía estará a cargo de una Junta de Administración integrada por tres (3) miembros que tendrán voz y voto, de dedicación exclusiva y serán empleados públicos de libre nombramiento y remoción por el Presidente de la República. Uno de los miembros será el Director y actuará como representante legal, de conformidad con lo que determine el Presidente de la República. Los miembros restantes se denominarán Codirectores.

Corresponderá a la Junta de Administración, además de las funciones señaladas en el decreto de estructura, las inherentes al cumplimiento de los objetivos de la entidad, así como asegurar el normal funcionamiento de la administración de la afiliación, pagos, giros, transferencias, recaudo y flujo de recursos a su cargo y de la información relacionada con la entidad.

La entidad tendrá un Consejo de Dirección que ejercerá las funciones que le señalen los estatutos. El Consejo estará integrado por siete (7) miembros: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; un (1) representante de los gobernadores elegido a través de la Federación Nacional de Departamentos; dos (2) representantes de los Alcaldes, elegido uno por las ciudades capitales y otro por los demás municipios; y un (1) representante de los usuarios, designados por las asociaciones de usuarios legalmente constituidas.

Corresponderá al Consejo de Dirección formular los criterios para la administración de la afiliación de la población, el recaudo de las cotizaciones, la administración de los recursos a cargo de la entidad, la realización de los pagos, giros o transferencias y para la administración de la información relacionada con las funciones de la entidad.

Parágrafo 1°. A las sesiones de la Junta de Administración y del Consejo de Dirección podrán asistir invitados que tengan relación con el tema a debatir, quienes tendrán voz pero no voto.

Parágrafo 2°. La definición de los montos que se destinarán a cada concepto de gasto se hará por el Consejo de Dirección de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, así como la política de manejo de inversiones del portafolio.

Artículo 18. *Inicio de operación.* El Gobierno Nacional determinará la estructura interna de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, su planta de personal y la fecha en la cual iniciará las funciones de administración de la afiliación, recaudo y manejo de los recursos.

A partir de la fecha de que trata el inciso anterior se suprimirá el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) como fondo cuenta y se dispondrá su liquidación de conformidad con los procedimientos que se señalen para el efecto.

Parágrafo. Los empleos de carrera administrativa de la Unidad de Gestión -Salud Mía serán provistos atendiendo lo estipulado en la Ley 909 de 2004.

#### CAPÍTULO IV

##### Plan de Beneficios Individual de Salud - Mi-Plan

Artículo 19. *Plan de Beneficios Individual de Salud - Mi-Plan.* El Plan de Beneficios Individual de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, incorporará los servicios y tecnologías de salud que hagan parte del núcleo esencial del derecho a la salud, que sean financiables con recursos del Sistema, y requeridos para la promoción de la salud, la prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas. Mi-Plan estará estructurado con el fin de lograr los mejores resultados en salud con la mejor utilización de los recursos disponibles.

Artículo 20. *Mecanismo de exclusión.* La selección de servicios y tecnologías a excluir se realizará mediante un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente que consulte la opinión de los agentes y usuarios interesados. El mecanismo incluirá como mínimo:

1. La selección de los servicios y tecnologías de salud susceptibles de exclusión que se encuentren disponibles en territorio colombiano, que no se encuentren en fase de experimentación y que hayan sido autorizados por autoridad competente.

2. La evaluación de los servicios y tecnologías de salud teniendo en cuenta su seguridad, eficacia y efectividad, así como su finalidad esencial para recuperar o mantener la capacidad funcional o vital de las personas.

3. La consulta a expertos pertenecientes a las organizaciones científicas del sector salud.

4. La consulta a usuarios potencialmente afectados con la decisión.

5. La decisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la exclusión o no de los servicios o tecnologías de salud evaluados.

Parágrafo. Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas. Este tipo de pacientes con este tipo de patologías tendrán que ser cubiertos por una fuente específica de los recursos públicos de la Salud.

Artículo 21. *Mecanismo de priorización de Mi-Plan.* La priorización tendrá por objeto incorporar o no a Mi-Plan los servicios y tecnologías no excluidos por el mecanismo anterior y que logren una adecuada utilización social y económica de los recursos disponibles.

La priorización se realizará mediante un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente que consulte la opinión de los agentes y usuarios interesados. El mecanismo incluirá como mínimo:

1. La selección y priorización para su posterior evaluación de los servicios y tecnologías de salud con base en las necesidades del país en materia de salud.

2. La evaluación técnica de los servicios y tecnologías de salud priorizadas.

3. La consulta a expertos pertenecientes a las organizaciones científicas del sector salud.

4. La consulta a usuarios potencialmente afectados con la decisión.

5. La decisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la incorporación o no de los servicios o tecnologías de salud evaluados, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos para su financiación.

Aquellos servicios o tecnologías de salud que no hayan sido incorporados, podrán ser financiados con recursos del Sistema de manera individual y transitoria bajo los precios y condiciones que determine este Ministerio.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la incorporación gradual de los servicios y tecnologías en salud del universo de lo recobrado, contados tres (3) años después de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un sistema tarifario de referencia el cual se actualizará de conformidad con lo que señale el reglamento que para tal efecto se expida.

Artículo 22. *Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud.* Elimínese la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos de que tratan los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, cuyas funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el enfoque intersectorial que se requiera.

La regulación de precios de medicamentos incorporará, considerando las características de cada mercado en términos de competencia y concentración, información de precios de referencia internacional, márgenes de intermediación y modelos de gestión logística que propicien eficiencias en el gasto público y de bolsillo, en los diferentes eslabones de la cadena de comercialización, según corresponda.

El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá el uso de medicamentos genéricos como una de las herramientas de garantía de la competencia y gestión del gasto público.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará las clasificaciones de las tecnologías, los precios de los servicios y tecnologías de salud con fundamento en la política farmacéutica nacional y otras políticas que se formulen al respecto. Los precios de las nuevas tecnologías serán establecidos antes de su entrada al mercado de conformidad con la regulación de precios de medicamentos.

Artículo 23. *Información sobre servicios y tecnologías de salud.* La información sobre precio,

usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías de salud es de interés público. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los contenidos, flujos y oportunidad de la información que los actores deben reportar.

El Ministerio de Salud y Protección Social informará a la Superintendencia Nacional de Salud la falta de envío de la información a que hace referencia el presente artículo, para que esta determine la procedencia de imponer sanciones.

Artículo 24. *Vigilancia de las tecnologías de salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad, eficacia, efectividad de las tecnologías de salud y de las innovaciones tecnológicas para efectos de protección de la salud pública y la actualización de Mi-Plan.

En el marco del proceso de vigilancia de innovaciones tecnológicas el Ministerio de Salud y Protección Social presentará ante la Superintendencia de Industria y Comercio, dentro del término previsto para oposiciones, observaciones relativas a la patentabilidad de las solicitudes que sean de su interés.

El Ministerio de Salud y Protección Social creará una unidad técnica para este propósito y reglamentará sus procedimientos.

## CAPÍTULO V

### Atención individual y redes de prestación de servicios de salud

Artículo 25. *Atención individual en salud.* Las atenciones individuales en salud son aquellas que se realizan sobre las personas para disminuir la probabilidad de enfermar, morir prematuramente o sufrir una discapacidad. Implica realizar acciones para mantener y proteger la salud, diagnosticar la enfermedad oportunamente, ofrecer atención integral y suficiente a la enfermedad y rehabilitar sus secuelas.

Comprende la identificación de las personas de mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas, así como la realización de actividades de búsqueda activa, protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención integral y rehabilitación.

Artículo 26. *Prestadores de Servicios de Salud.* Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos:

a) Los Prestadores de Servicios de Salud Primarios a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema. Les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes.

Igualmente, ofrecen las prestaciones individuales en medicina general, medicina familiar y especialidades básicas, orientadas a la resolución de las condiciones más frecuentes que afectan la salud.

Incluye el manejo de los eventos agudos, en su fase inicial y los crónicos para evitar complicaciones. Estos prestadores deben estar ubicados en el lugar más cercano a la población.

b) Los Prestadores de Servicios de Salud Complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura de mayor tecnología y especialización. Dentro de estos, se encuentran aquellos Prestadores de Servicios de Salud orientados a garantizar las prestaciones individuales cuya atención requiere de tecnología no disponible en todas las Áreas de Gestión Sanitaria y que se pueden constituir en centros de referencia nacional.

Parágrafo 1°. La atención inicial de urgencias se seguirá ofreciendo en los términos definidos por la ley.

Parágrafo 2°. En los servicios provistos a través de Prestadores de Servicios de Salud Primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del Régimen Subsidiado, y a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los servicios provistos por Prestadores de Servicios de Salud Complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, que no constituirán barreras o límites para su debida atención.

Parágrafo 3°. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que ofrezcan atención de emergencia o electiva de cualquier tipo dispuestos para las niñas, niños y adolescentes deberán contar con servicios diferenciados de acuerdo con su nivel de complejidad.

Artículo 27. *Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor.* Las Comisiones de Área de Gestión sanitaria son los responsables de conformar la red de prestación de servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Esta debe garantizar de manera integral y suficiente la prestación de servicio y tecnologías en salud incluidas en Mi - Plan.

El Gestor de Servicios de Salud conformará su propia Red de Prestación de Servicios a partir de la Red de Área de Gestión Sanitaria.

Para estos efectos, se deben tener en cuenta los criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente dentro del término de su duración mínima, los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada dentro del término de la duración mínima establecida para su contratación, salvo por las causas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los contratos entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud tendrán una duración mínima de un (1) año. Dicha duración solo podrá modificarse por problemas de habilitación y desempeño de los Prestadores de Servicios de Salud, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo. Su desconocimiento será considerado causal de revocatoria de la autorización de operación del Gestor de Servicios de Salud en la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Igualmente, esta entidad dirimirá los conflictos que se presenten en cumplimiento de lo aquí dispuesto.

Artículo 28. *Habilitación de Prestadores y Redes de Prestación de Servicios de Salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y Redes de Prestadores de Servicios de salud, así como los mecanismos de verificación necesarios para su realización.

La verificación de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud estará a cargo de las Direcciones departamentales y distritales de salud, o quien haga sus veces que correspondan a la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

La verificación de las condiciones de habilitación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud conformadas por los Gestores de Servicios de Salud estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 29. *Áreas de Gestión Sanitaria.* Se entiende por Áreas de Gestión Sanitaria las zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales.

En las Áreas de Gestión Sanitaria deben converger los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías de Mi-Plan, salvo aquellas que por su complejidad deban ser ofrecidas por redes o prestadores que no se encuentren en dichas áreas.

Artículo 30. *Áreas de Gestión Sanitaria Especial.* En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado para atender las condiciones específicas locales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas. En las zonas de difícil acceso los Prestadores de Servicios de Salud y los Gestores de Servicios de Salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.

Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único operador de servicios de salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo. Definida un Área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud o Gestores de Servicios de Salud.

Parágrafo. La población privada de la libertad estará a cargo de la Unidad Administrativa Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho o quien haga sus veces, la cual se encargará de desarrollar, dirigir, operar y controlar un sistema propio de atención y prestación de servicios de salud, financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación.

## CAPÍTULO VI

### Gestores de Servicios de Salud

Artículo 31. *Gestores de Servicios de Salud.* Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de conformar y gestionar su Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de un Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan.

Los Gestores de Servicios de Salud privados podrán ser sociedades comerciales, organizaciones solidarias y Cajas de Compensación Familiar.

Los Gestores de Servicios de Salud podrán cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Gestores de Servicios de Salud tendrán un órgano colegiado de dirección y contarán con reglas de gobierno corporativo, las cuales deben hacerse públicas.

Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá una reserva en la Unidad de Gestión -Salud-Mía la cual será definida por la Superintendencia Nacional de Salud en función del número de usuarios, el margen de solvencia y su patrimonio.

Parágrafo. Las actuales Entidades Promotoras de Salud que se encuentren al día en sus obligaciones con el Sistema, cumplan con los requisitos de habilitación y con lo establecido en la presente ley podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud.

Artículo 32. *Funciones de los Gestores de Servicios de Salud.* Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes:

a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan dentro del Área de Gestión Sanitaria en la cual opere, así como en todo el territorio nacional cuando requieran transitoriamente servicios por fuera de esta, incluida la referencia y contrarreferencia dentro de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que conformen;

b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;

c) Conformar y gestionar sus Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;

d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. Está prohibido transferir la obligación de realizar trámites administrativos internos del Gestor de Servicios de Salud y de la Red de Prestadores de Servicios de Salud a los usuarios. Su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en la Ley 1438 de 2011;

e) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención;

f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud de conformidad con lo establecido en la presente ley. Los contratos deben estar disponibles para los usuarios y agentes del Sistema en la página web de cada Gestor de Servicios de Salud;

g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Área de Gestión Sanitaria en que operen;

h) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y ordenar los giros directos desde la Unidad de Gestión - Salud-Mía a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red de Prestación de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;

i) Contar con centros de atención permanente en todos los Municipios y Distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;

j) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestación de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;

k) Entregar información trimestral sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;

l) Participar y apoyar a la Unidad de Gestión - Salud-Mía en los procesos operativos de afiliación;

m) Facilitar que la información clínica de sus usuarios esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;

n) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestación de Servicios de Salud;

o) Garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan, con cargo al valor de los recursos que reciba para el efecto y a su patrimonio, en caso de no ser suficiente. Con el propósito de soportar las necesidades de financiamiento en la prestación de servicios deberán contar y mantener una reserva en la Unidad de Gestión - Salud-Mía para respaldar obligaciones con los Prestadores de Servicios de Salud;

p) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;

q) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, de los Prestadores de Servicios de Salud de su red;

r) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, cada doce (12) meses, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud; utilizando para este efecto medios masivos de comunicación públicos y privados así como las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC).

s) Tramitar y pagar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine la Unidad de Gestión - Salud-Mía.

Parágrafo transitorio. Mientras la Unidad de Gestión - Salud-Mía inicia las funciones de administración de la afiliación, recaudo, gestión de cobro, administración de los recursos y conciliación de las cotizaciones que defina el reglamento, las Entidades Promotoras de Salud y los Gestores de Servicios de Salud podrán adelantar dichas funciones.

Artículo 33. *Comisión de Área de Gestión Sanitaria.* Con la finalidad de facilitar una adecuada planificación, gestión, vigilancia y control en la operación del Sistema, se creará una Comisión en cada una de las Áreas de Gestión Sanitaria definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta Comisión estará integrada por dos (2) representantes de las Entidades Territoriales que comprenden el Área de Gestión Sanitaria, uno de los cuales la presidirá, por un (1) representante del Ministerio de Salud y Protección Social, dos (2) representantes de los Gestores de Servicios de Salud, un (1) representante de los Prestadores de Servicios de Salud y un (1) representante de los usuarios.

Entre sus funciones está apoyar a las autoridades competentes en los siguientes procesos:

a) Conformación y actualización de la Red de Prestación de Servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria;

b) Monitoreo y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;

c) Monitoreo y evaluación de la suficiencia, integralidad, calidad y desempeño de las Redes de Prestación de Servicios;

d) Apoyo en la definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;

e) Coordinación con los diferentes sectores públicos y privados en el manejo de los determinantes sociales de la salud;

f) Información periódica a la Unidad de Gestión Salud-Mía, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Comunidad el desarrollo del Sistema en la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

La parte operativa para el desarrollo de las funciones establecidas estará a cargo de las Secretarías de Salud departamentales y distritales, o quien haga sus veces conforme a lo establecido en la Ley 715 de 2001 y de la Superintendencia Nacional de Salud según las normas vigentes.

Artículo 34. *Ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud.* Los Gestores de Servicios de Salud podrán operar en un Área de Gestión Sanitaria y constituir filiales para operar en otras Áreas de Gestión Sanitaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir un número adecuado de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para un Área de Gestión Sanitaria, igualmente establecerá las condiciones, formas y plazos para su cumplimiento, acordes con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.

Artículo 35. *Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.

Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica, e integralidad y suficiencia de la Red de Prestación de Servicios de Salud. La exigencia de margen de solvencia y patrimonio técnico se calcularán en función de la gestión de riesgo en salud.

La verificación permanente del cumplimiento de las condiciones de habilitación y su cumplimiento continuo que determinen su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se tendrán en cuenta las recomendaciones que para el efecto señalen las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria en sus informes periódicos de evaluación y seguimiento a estas entidades.

Los propietarios, socios, accionistas o corporados, miembros de junta directiva, representantes legales y gerentes, sean personas naturales o jurídicas, de las Entidades Promotoras de Salud y de los Gestores de Servicios de Salud, que hayan sido liquidadas o intervenidas para liquidar por causas diferentes al retiro voluntario o a la insolvencia para pagar sus deudas con la Red de Prestadores de Salud, no podrán conformar o hacerse parte de los

Gestores de Servicios de Salud. Esto mismo aplicará para sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero civil, primero de afinidad o compañero(a) permanente.

Artículo 36. *Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.* Los Gestores de Servicios de Salud deberán atender simultáneamente los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes.

Los Gestores de Servicios de Salud que atiendan personas del Régimen Subsidiado, deberán contratar obligatoriamente con los Prestadores de Servicios de Salud públicos en proporción igual a los recursos que corresponden al número de usuarios de este régimen a su cargo. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará criterios para que los Gestores de Servicios de Salud realicen la respectiva contratación.

Si la oferta pública disponible no es suficiente o no está disponible para la demanda requerida, el Gestor de Servicios de Salud deberá contratar el faltante con Prestadores de Servicios de Salud privados, bajo las condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo siempre en cuenta las recomendaciones realizadas por las respectivas Entidades Territoriales y la Comisión de Área de Gestión Sanitaria.

Sin perjuicio de lo anterior, el porcentaje de contratación con la red pública en el Régimen Subsidiado no podrá ser inferior al 60% de los recursos manejados por el Gestor de Servicios de Salud provenientes de este régimen.

Artículo 37. *Gestores de Servicios de Salud con participación pública.* Los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, presentes en un Área de Gestión Sanitaria, de manera individual o asociados entre sí o con un tercero, y en cuya jurisdicción se encuentre más de un millón (1.000.000) de habitantes, podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos de habilitación. En cada Área de Gestión Sanitaria solo podrá operar un Gestor de Servicios de Salud de estas características.

Artículo 38. *Integración vertical.* Se prohíbe la propiedad simultánea de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud bajo cualquier forma y proporción de participación, de manera directa o por interpuesta persona o por parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil, o por el cónyuge o compañero (a) permanente.

Parágrafo 1°. La prohibición de la integración vertical de que habla el presente artículo deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de tres (3) años a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 2°. Se exceptúan de la presente prohibición las Cajas de Compensación Familiar, los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud cuando estos dos últimos sean de naturaleza pública o mixta, siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50%.

Artículo 39. *Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud.* Cada Gestor de Servicios de Salud, en una determinada Área de Gestión Sanitaria, tendrá derecho a los siguientes ingresos, atendiendo los porcentajes o montos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social:

a) Una suma fija para financiar los gastos de administración definida con base en el número de usuarios;

b) Un valor per cápita ajustado por riesgo para cubrir el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan;

c) Un valor derivado de la aplicación de mecanismos de ajuste o redistribución del riesgo;

d) Otros ingresos tales como copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros.

Parágrafo 1°. De conformidad con la naturaleza jurídica de cada entidad los excedentes y/o utilidades solo se liquidarán al cierre de la vigencia fiscal previo el cumplimiento del régimen patrimonial, de reservas y margen de solvencia que para el efecto reglamente el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2°. La Unidad de Gestión - Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, quienes rendirán cuentas de estas decisiones al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 40. *Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores.* Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red y los Proveedores los mecanismos y las formas de pago.

Los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos sujetos a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Unidad de Gestión - Salud-Mía podrá retener una porción del giro al Prestador de Servicios de Salud cuando este no remita en la forma, oportunidad y periodicidad la información solicitada, en cuyo caso las sumas no giradas serán propiedad de la Unidad de Gestión - Salud-Mía.

Parágrafo 1°. Las obligaciones derivadas de las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de finalización de la prestación del servicio. Estos valores deberán provisionarse contablemente.

Parágrafo 2°. Los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores deberán enviar a la Unidad de Gestión - Salud-Mía todas las facturas de los bienes entregados y servicios de salud prestados. La Unidad de Gestión - Salud-Mía girará el valor correspondiente previa autorización del Gestor de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.

Artículo 41. *Sistema de pago por desempeño.* El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología, el conjunto de indicadores de desempeño y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.

El nivel de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud afectará un porcentaje de los gastos de administración de la forma como lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.

La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo será suministrada, entre otros, por los Gestores de Servicios de Salud. Para estos últimos, la falta de veracidad, oportunidad, suficiencia o claridad será sancionada conforme los literales b), c), d), e) y f) del artículo que trata sobre sanciones incluido en la presente ley, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarias y penales a que haya lugar.

Parágrafo. Dentro del diseño de indicadores de desempeño se tendrán en cuenta las acciones y los resultados en salud de las niñas, los niños y adolescentes, así como la calidad de atención en salud para esta población.

Artículo 42. *Garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias.* Cuando de manera permanente o transitoria se presenten condiciones que puedan poner en riesgo el acceso a Mi-Plan, en especial, la disponibilidad u operación de los Gestores de Servicios de Salud, limitaciones en la oferta de servicios o en acceso, por dispersión o desplazamiento de la población o por emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar, de manera temporal, a otros Gestores de Servicios de Salud o a las Entidades Territoriales, para que asuman la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud a los usuarios afectados por esta situación.

Artículo 43. *Ajuste y redistribución de riesgo.* El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de ajuste y redistribución de riesgo entre los Gestores de Servicios de Salud tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

## CAPÍTULO VII

### De la formación y ejercicio del talento humano en salud

Artículo 44. *De la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina.* Podrán otorgar títulos de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina las siguientes entidades:

- a) Las Instituciones de Educación Superior;
- b) Los Hospitales Universitarios reconocidos conforme a la presente ley;
- c) Las Instituciones de Educación Superior y los Hospitales Universitarios de manera conjunta.

El nivel de formación de estos programas será el de especialización y el título otorgado por las instituciones previstas en el presente artículo será el de “Especialista en...”.

Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social definirán las características específicas de los programas de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina para la obtención del registro calificado.

Artículo 45. *De los programas de formación en el área de la salud.* 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 Salud y 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 Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social fijará las condiciones, requisitos y procedimientos para la aprobación de los cupos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Parágrafo 1°. Las Instituciones de Educación Superior debidamente reconocidas y las demás autorizadas para el ofrecimiento de programas de educación superior, que cuenten con acreditación de alta calidad o con programa de pregrado en medicina con acreditación de alta calidad, podrán aumentar los cupos de admisión en los programas de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina, sin autorización previa del Ministerio de Educación Nacional. De lo anterior, se debe informar con anterioridad a la implementación de la modificación a los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social. El Ministerio de Educación Nacional podrá adelantar en cualquier momento la verificación de las condiciones de calidad de los programas académicos.

Parágrafo 2°. Quienes pertenezcan a las minorías étnicas y cumplan con los requisitos de ingreso a un programa de especialización clínica, según los reglamentos y procedimientos establecidos por la Institución de Educación Superior respectiva, tendrán prioridad en la asignación de los cupos de dicho programa. Estas instituciones deberán establecer medidas para que por lo menos el diez por

ciento de los cupos ofrecidos anualmente para los programas de especialización clínica se asignen a los miembros de minorías étnicas.

Artículo 46. *De la residencia médica.* La residencia médica corresponde al período en el que un médico graduado desarrolla, en el marco de un programa académico de especialización médica, actividades asistenciales de complejidad y responsabilidad progresivas, en una o varias instituciones prestadoras de servicios de salud, bajo niveles de supervisión definidos, con el fin de obtener el título de especialista.

Artículo 47. *Contrato de práctica formativa para residencia médica.* El contrato de práctica formativa para residencia médica es una forma especial de contratación, cuya finalidad es la formación de médicos especialistas en áreas clínicas y quirúrgicas, mediante el cual una persona natural o residente se obliga a prestar por el tiempo de duración del programa académico, un servicio personal, acorde al plan de delegación progresiva de competencias propias de la especialización a cambio de lo cual recibe de la institución prestadora de servicios de salud, una remuneración que constituye un apoyo de sostenimiento educativo mensual, así como las condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo formativo.

El apoyo de sostenimiento educativo mensual no será inferior a dos salarios mínimos mensuales vigentes y en ningún caso constituirá salario.

El residente estará afiliado a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, de Riesgos Laborales y General de Pensiones, cuyos aportes obligatorios serán pagados en su totalidad por la institución prestadora de servicios de salud con la cual se haya contraído el contrato de práctica formativa, e inclusive en los eventos en los cuales exista cofinanciación del apoyo de sostenimiento educativo mensual.

El residente tendrá derecho a quince (15) días hábiles de receso por cada período anual, en los cuales continuará recibiendo el apoyo de sostenimiento educativo mensual. Así mismo, tendrá derecho al reconocimiento y pago de las licencias por maternidad, paternidad, grave calamidad doméstica, luto y ejercicio del sufragio, según la normativa vigente.

La subordinación del residente estará referida exclusivamente a las actividades propias del programa de formación, de acuerdo con las características de los servicios donde se desarrolle el mismo y dentro de los espacios y horarios que la institución prestadora de servicios de salud disponga en el contrato respectivo. El horario no podrá superar las 12 horas por turno y las 66 horas por semana.

En caso de que el residente, de acuerdo con su programa académico, realice rotaciones fuera de la institución prestadora de servicios de salud con la que ha celebrado el contrato de práctica formativa para residencia médica, la institución contratante deberá mantener las condiciones de remuneración y demás garantías que determine la presente ley.

Parágrafo 1°. Constituye experiencia profesional acorde con el título académico previamente adquirido, el período en el que el residente desarrolló el programa académico de especialización médica o quirúrgica en medicina, la cual se contará una vez haya finalizado y aprobado el plan de estudios y demás requisitos de grado.

Parágrafo 2°. Las actividades y procedimientos asistenciales que el residente realice durante su período de formación, según el plan de delegación progresiva, serán reconocidos por los diferentes agentes del Sistema y pagados a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por quien tenga a su cargo la función de pagador.

Artículo 48. *Causales de suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica.* Serán causales de suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica las siguientes:

- a) Licencia por maternidad;
- b) Licencia por paternidad;
- c) Incapacidades debidamente certificadas;
- d) Período de receso definido en la presente ley.

La suspensión del contrato no exonera a la institución prestadora de servicios de salud, de continuar pagando los respectivos aportes a los Sistemas de Seguridad Social en Salud, de Riesgos Laborales y General de Pensiones.

Artículo 49. *Causales de terminación del contrato de práctica formativa para residencia médica.* Serán causales de terminación del contrato de práctica formativa para residencia médica las siguientes:

- a) Por mutuo acuerdo entre las partes;
- b) Por el vencimiento del término de duración del contrato;
- c) Por la configuración de una de las causales previstas en el reglamento estudiantil que conlleve la sanción de expulsión de la institución de educación superior u hospital universitario.

Parágrafo. No será causal de terminación ni suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica, la realización de rotaciones en institución prestadora de servicios de salud diferente a la contratante, siempre y cuando las mismas se enmarquen en el programa académico de especialización médica o quirúrgica en medicina que dio origen a la respectiva contratación.

Artículo 50. *Cofinanciación del apoyo de sostenimiento educativo mensual.* El Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades públicas autorizadas legalmente para el efecto, podrán cofinanciar el apoyo de sostenimiento educativo mensual, previa definición entre otras, de las prioridades en salud, las necesidades de las entidades territoriales, las áreas de gestión sanitarias, los Gestores de Servicios de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Parágrafo. Los recursos destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán de manera progresiva a la cofinan-

ciación de contratos de práctica formativa de especialistas, prioritariamente en entidades públicas. El residente con contrato de práctica formativa de especialistas no podrá ser simultáneamente beneficiario del programa de becas crédito.

Artículo 51. *Reporte de residentes ante el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano.* Una vez perfeccionado el contrato de práctica formativa para residencia médica, el residente deberá inscribirse como tal en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano, aportando para el efecto copia del respectivo contrato.

Parágrafo. Toda novedad en la ejecución del contrato de práctica formativa para residencia médica deberá ser registrada en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano, por la respectiva Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Artículo 52. *Hospital Universitario.* El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud orientada a la docencia y la investigación, reconocida por su capacidad de generación de conocimiento y como escenario de práctica de programas de salud, principalmente de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina y que cumple condiciones para ofrecer estos programas de manera autónoma o en conjunto con una Institución de Educación Superior.

Los Ministerios de Educación Nacional y Salud y Protección Social definirán los requisitos que deberán cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para obtener el reconocimiento como Hospital Universitario.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que actualmente son Hospitales Universitarios, contarán con un plazo de cinco años, contados a partir de la reglamentación del presente artículo, para cumplir los requisitos que se definan conforme a la presente ley.

Artículo 53. *Requisitos para el ejercicio del personal del área de la salud.* Modifícase el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“El personal del área de la salud deberá cumplir con los siguientes requisitos para su ejercicio:

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:

a) Título otorgado por una institución de educación superior debidamente reconocida o por una institución autorizada en los términos del artículo 137 de la Ley 30 de 1992, en los niveles de formación técnico profesional, tecnológico, profesional o especialización, según la normativa que regule el servicio público de la educación superior.

b) Certificado otorgado por institución debidamente autorizada para el ofrecimiento y desarrollo de programas de educación para el trabajo y el desarrollo humano.

c) Convalidación de título o certificado obtenidos en el extranjero, de acuerdo con la normativa vigente.

2. Estar inscrito y mantener actualizada y vigente su información en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social”.

## CAPÍTULO VIII

### Inspección, vigilancia y control

Artículo 54. *Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud.* Las medidas especiales y la toma de posesión a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud son de carácter preventivo y correctivo, su propósito es garantizar la prestación del servicio y se regirán por lo previsto en la presente ley.

El proceso administrativo sancionatorio será el establecido por la presente ley y en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y su propósito es sancionar las conductas que vulneren las normas que rigen el Sistema.

Artículo 55. *Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión.* La toma de posesión, bajo la modalidad de intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa administrativa para liquidar, tiene por objeto y finalidad salvaguardar la prestación del servicio público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de salud, cualquiera sea la denominación que se le otorgue.

El Superintendente Nacional de Salud ordenará la toma de posesión a las entidades vigiladas, bajo cualquiera de sus modalidades, en los siguientes casos:

a) Cuando las entidades vigiladas no prestan el servicio público de salud con la continuidad y calidad debidas;

b) Cuando persista en violar, en forma grave, las normas a las que deben estar sujetos o incumplir sus contratos;

c) Cuando incumpla, en forma reiterada, las órdenes e instrucciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud;

d) Cuando se ha suspendido o se teme que pueda suspender el pago de sus obligaciones con terceros.

Artículo 56. *Modalidades y duración de la toma de posesión.* La toma de posesión podrá ser ordenada bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar. No podrá aplicarse la intervención forzosa administrativa para administrar sobre Salud Mía o sobre los Gestores de Servicios de Salud. Respecto de estas dos entidades sólo procederá la intervención forzosa administrativa para liquidar.

Dentro del proceso de intervención forzosa para administrar, la entidad vigilada continuará desarrollando su objeto social y adelantará las acciones tendientes a superar las causales que dieron origen

a la toma de posesión. Si después del plazo señalado por el Superintendente, que podrá ser de dos (2) años prorrogables por un término máximo igual al inicial, no se superan los problemas que dieron origen a la medida, la Superintendencia decidirá sobre su liquidación.

La intervención forzosa para liquidar se regirá, en lo pertinente, por las normas relativas a la liquidación de instituciones financieras. Las referencias que allí se hacen respecto a la Superintendencia Financiera y al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras y al Consejo Asesor se entenderán hechas a la Superintendencia Nacional de Salud. Las referencias a los ahorradores y las hechas al Ministerio de Hacienda y Crédito Público se entenderán como inexistentes. La duración del proceso liquidatorio será definida por el Superintendente Nacional de Salud.

*Artículo 57. Procedimiento de la toma de posesión.* La toma de posesión no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene.

El Superintendente Nacional de Salud ordenará la toma de posesión a las entidades vigiladas de cualquier naturaleza, bajo cualquiera de sus modalidades, mediante acto administrativo motivado que será de cumplimiento inmediato, a través del funcionario comisionado.

La decisión de toma de posesión será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal por el funcionario comisionado; si no fuere posible, se notificará por un aviso que se fijará por un día en lugar público, en las oficinas de la administración del domicilio social de la entidad intervenida. Contra el acto que ordena la toma de posesión procede el recurso de reposición en el efecto devolutivo.

*Parágrafo.* El Superintendente Nacional de Salud, en su calidad de autoridad de intervención, definirá en cada caso cómo y en qué tiempo se hará el traslado de los usuarios, con el fin de salvaguardar el servicio público de salud.

*Artículo 58. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio.* La Superintendencia Nacional de Salud adelantará proceso administrativo sancionatorio mediante las modalidades oral y escrita. El sistema oral será la regla general, y el Superintendente determinará, mediante acto administrativo de carácter general, los casos en los cuales se dará aplicación al proceso administrativo sancionatorio escrito.

El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:

a) El auto de apertura de investigación se notificará, conforme al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo al Representante Legal de la entidad vigilada, en él se manifestarán las razones y fundamentos de la apertura de investigación y se indicará la fecha y lugar en que se llevará la primera audiencia de trámite, en donde de forma oral el investigado presentará

descargos y las pruebas que considere pertinentes. Durante el trámite de dicha audiencia, se decretarán las pruebas de oficio o a petición de parte, si a ello hubiere lugar;

b) Si las pruebas pueden practicarse en audiencia, así se hará;

c) Una vez realizada la práctica de pruebas se correrá traslado de las mismas por dos (2) días hábiles; vencido este plazo se citará a audiencia en la cual el investigado deberá presentar en forma verbal sus alegatos de conclusión;

d) Dentro de dicha audiencia se procederá a preferir la decisión correspondiente, la cual se entenderá notificada en estrados. La decisión será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

La inasistencia injustificada del investigado a las audiencias dará lugar a imponer multas hasta por mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por cada una de ellas.

El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

a) La Superintendencia, con fundamento en la información disponible, si hubiere lugar ordenará la apertura de la investigación;

b) En un plazo de diez (10) días hábiles solicitará explicaciones sobre las posibles irregularidades, señalando el plazo en el cual se dará respuesta, que no podrá ser superior a quince (15) días hábiles;

c) La práctica de pruebas, a que hubiere lugar, se realizará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles. Vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes;

d) La Superintendencia dispondrá de un (1) mes, 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;

e) La decisión será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo;

f) Los términos acá previstos podrán ampliarse por la Superintendencia Nacional de Salud hasta por el mismo tiempo cuando se trate de dos o más investigados o cuando la práctica de pruebas lo requiera;

Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan mérito ejecutivo.

*Artículo 59. Sanciones.* La Superintendencia Nacional de Salud impondrá las siguientes sanciones, de acuerdo con las actuaciones realizadas por el vigilado y su impacto en la prestación del servicio de salud:

a) Amonestación. Se entiende como un llamado de atención, que deberá publicarse en un medio de amplia circulación nacional y territorial; y constituirá un antecedente;

b) Multas. Se regirán conforme a la Ley 1438 de 2011;

c) Suspensión provisional de actividades hasta por cinco (5) años;

d) Prohibición de prestar el servicio público de salud en forma directa o indirecta, hasta por diez (10) años;

e) Revocatoria de la habilitación;

f) Ordenar la separación de los representantes legales y/o administradores, de sus cargos y/o prohibición de ejercer dichos cargos hasta por dos (2) años.

Las anteriores sanciones pueden ser impuestas de manera principal y/o accesoria.

La afectación del derecho fundamental a la salud de los niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas del conflicto armado, discapacitados y adultos mayores, será causal de agravación de las sanciones.

Artículo 60. *Sanciones en eventos de conciliación.* La inasistencia injustificada a la audiencia de conciliación por parte de Representantes Legales de entidades públicas o privadas, o el incumplimiento de lo acordado en la respectiva acta de conciliación, constituye una conducta que vulnera el Sistema y dará lugar a las sanciones previstas en el artículo anterior.

Artículo 61. *Medidas especiales.* El Superintendente Nacional de Salud, podrá ordenar mediante Resolución motivada de inmediato cumplimiento, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen sustituyan o aclaren, a las entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud.

Esta actuación, no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes que se produzca el acto administrativo que la ordene. Este acto administrativo será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal de la empresa por el funcionario comisionado por el Superintendente; una vez efectuada la notificación al representante legal se entenderá notificados los socios y demás interesados. Contra el acto administrativo procede recurso de reposición en efecto devolutivo.

Artículo 62. *Reporte de información.* La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá el control sobre la obligación de reporte al Sistema de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Sis-med), e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones.

Artículo 63. *Financiamiento del ejercicio de funciones de Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales.* Cuando en el marco de la Ley 489 de 1998 la Superintendencia Nacional de Salud delegue en las Entidades Territoriales sus funciones de inspección, vigilancia y control, esta podrá disponer de un porcentaje del recaudo de la tasa establecida a su favor para transferirla al delegatario con el fin de cofinanciar el ejercicio de dichas funciones.

No podrán ser objeto de delegación:

1. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control sobre entidades de propiedad o participación de la respectiva entidad territorial.

2. La adopción de medidas especiales.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud podrá en cualquier momento avocar el conocimiento, caso en el cual la Entidad territorial suspenderá la investigación y pondrá la totalidad del expediente, en el estado en que se encuentre, a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud.

## CAPÍTULO IX

### Atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia

Artículo 64. *Atención preferente.* Los Gestores de Servicios de Salud deben disponer de una estrategia especial y diferenciada que garantice la promoción, efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de niñas, niños, gestantes y adolescentes teniendo en cuenta su ciclo de vida, perfil epidemiológico y carga de la enfermedad.

La estrategia deberá contener la promoción, efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de niñas, niños gestantes y adolescentes en condición de discapacidad, víctimas de abuso sexual y aquellos en consumo de sustancias psicoactivas y con patologías derivadas de su consumo.

Los Gestores de Servicio de Salud deberán hacer específicos los resultados de salud, a través de los cuales serán evaluados y remunerados, así mismo definirán con los prestadores de servicios de salud los resultados e indicadores de salud sobre los cuales se determinará el pago variable. El Ministerio de Salud y Protección Social propondrá un mínimo de indicadores que permitan medir los resultados de salud que deberán ser incluidos en la estrategia que diseñen los Gestores de Servicio de Salud.

Los Gestores de Servicio de Salud y Prestadores de Servicio de Salud deberán realizar seguimiento particular y específico a la estrategia diferenciada de salud de niñas, niños y adolescentes que se encuentren bajo medida de restablecimiento de derechos atendiendo criterios de oportunidad, calidad, pertinencia y continuidad de la atención.

El incumplimiento en la atención y en los resultados de salud a niñas, niños y adolescentes por parte del Gestor de Servicios de Salud o Prestador de Servicios de Salud agravará las sanciones contempladas en la presente ley.

Artículo 65. *Servicios y medicamentos para las niñas, niños y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas, ruinosas y huérfanas certificadas.* Los servicios y medicamentos para niñas, niños y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas, ruinosas y huérfanas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitas para las ni-

ñas, niños y adolescentes sin capacidad de pago, y para aquellos que se encuentren bajo medida de restablecimiento de derechos.

Artículo 66. *Restablecimiento de la salud de niñas, niños y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados.* Los servicios para la rehabilitación física y mental de las niñas, niños y adolescentes víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia física o sexual y de todas las formas de maltrato certificado por autoridad competente, serán totalmente gratuitos, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique medicamente la recuperación de las víctimas.

Artículo 67. *Corresponsabilidad.* El Estado, los padres o representantes legales de las niñas, niños y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores de edad, y exigir al Sistema la prestación de los servicios de salud a la que haya lugar.

El Estado y los agentes del Sistema establecerán los mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar cumplimiento a la atención en salud de manera efectiva, oportuna y con calidad.

Artículo 68. *Obligación de denunciar posible vulneración de derechos, maltrato o descuido.* Los Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de las niñas, niños y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual, así como, el embarazo en niñas menores de 14 años.

El incumplimiento de lo anterior por parte del Gestor de Servicios de Salud o Prestador de Servicios de Salud agravará las sanciones contempladas en el artículo referente a las sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previstas en la presente ley.

## CAPÍTULO X

### Disposiciones transitorias

Artículo 69. *Plazo para la implementación de la ley.* La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

Artículo 70. *Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.* No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud.

Durante el periodo de transición no se podrán efectuar traslados, ampliaciones de cobertura y mo-

vimientos de usuarios, salvo que se trate de circunstancias excepcionales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 71. *Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud.* Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán.

Las Entidades Promotoras de Salud que se transformen en Gestores de Servicios de Salud podrán conservar sus afiliados dentro del área donde fueron autorizados para operar.

Durante el periodo de transición las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.

El Gobierno Nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, así como para garantizar la prestación de los servicios médicos y tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestor de Servicios de Salud.

Artículo 72. *Balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas Compensación Familiar.* A partir de la entrada en operación de la Unidad de Gestión Salud-Mía, las Cajas de Compensación Familiar que administran directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, contarán con seis (6) meses para presentar ante dicha entidad el balance correspondiente a la ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado de los periodos pendientes o cuyo balance haya sido glosado por el Fosyga. Vencido este plazo, las Cajas de Compensación Familiar no podrán reclamar recursos por concepto de déficit en el mencionado balance. En los casos en que el resultado del balance sea superavitario, los recursos correspondientes deben ser girados al Sistema, dentro del término antes señalado.

Artículo 73. *Continuidad de contratos y obligaciones del Fosyga.* El Ministerio de Salud y Protección Social continuará con la ejecución y liquidación de los contratos y obligaciones que se encuentren vigentes y que correspondan al manejo, administración y operación de los recursos del Fosyga, una vez este sea suprimido.

Artículo 74. *Declaraciones de giro y compensación.* Las declaraciones de giro y compensación del Fosyga que se encuentren en estado aprobado quedarán en firme luego de tres (3) años contados a partir de la fecha de aprobación del proceso de compensación. Una vez la declaración de giro y compensación quede en firme no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes.

Artículo 75. *Saneamiento y pago de deudas.* Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán un periodo máximo de seis (6) meses para la aclaración de las deudas pendientes provenientes de la prestación de servicios de salud. El Gobierno Nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones; para ello la Superintendencia Nacional de Salud y los demás organismos de control y vigilancia del sector, aplicarán las sanciones a que haya lugar.

Artículo 76. *Recobros y reclamaciones ante el Fosyga.* El Fosyga o quien haga sus veces reconocerá y pagará las reclamaciones y recobros, glosados por cualquier causal y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción contencioso administrativa correspondiente, previa nueva auditoría integral que verificará únicamente el cumplimiento de los requisitos esenciales para demostrar la existencia de la obligación, la cual será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes.

Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Los documentos soporte de los recobros y reclamaciones podrán ser presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 77. *Trámite de glosas.* El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo, se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud para el uso de las facultades de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

## CAPÍTULO XI

### Disposiciones finales

Artículo 78. *Fondo de garantías para el sector salud.* El Fondo de Garantías para el Sector Salud funcionará como una cuenta especial sin personería jurídica, administrado por la Unidad de Gestión - Salud-Mía cuyo objetivo es proteger la confianza de los agentes del Sistema y asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud, preservando el equilibrio y la equidad económica de dicho Sistema.

Dentro de este objeto general el fondo tendrá las siguientes funciones:

a) Procurar que los agentes del sector salud tengan la liquidez para dar continuidad a la prestación de servicios de salud;

b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial para lo cual podrá, entre otros, establecer líneas de crédito destinadas a otorgar préstamos u otras formas de financiamiento a los agentes del Sistema;

c) Participar transitoriamente en el capital de los agentes del Sistema;

d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de los agentes del Sistema;

e) Llevar a cabo el seguimiento de la actividad de los liquidadores de los agentes del Sistema que sean objeto de los procesos de liquidación adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud;

f) Cesión de cartera.

Los ingresos del fondo podrán ser:

a) Recursos del Presupuesto General de la Nación o títulos de deuda;

b) Aportes de los agentes con cargo al porcentaje de administración y de los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes;

c) Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores hasta el momento en que entre en operación la Unidad de Gestión - Salud-Mía;

d) Los rendimientos financieros de sus inversiones;

e) Los recursos de la Subcuenta de Garantías del Fosyga, resultantes de su supresión;

f) Los demás que obtenga a cualquier título.

Los términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías para el Sector Salud los establecerá el Gobierno Nacional. Los recursos que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros se incorporarán al portafolio del Fondo, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal respectiva.

Parágrafo. Hasta la supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo deudor sean las Entidades Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de los recursos que tendrá que pagar la Entidad Promotora de Salud o quien asuma sus obligaciones podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título les correspondan.

Artículo 79. *Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones.* A partir de la vigencia 2015, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para Salud se destinarán el 10% para cofinanciar las acciones en Salud Pública; el 80% para el componente de Régimen Subsidiado y el 10% restante para la prestación de servicios de salud realizada por los prestadores públicos que se denominará Oferta Pública, recursos que promoverán la sostenibilidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Los recursos para promover la oferta pública de servicios de salud, serán distribuidos a las entidades territoriales competentes, una vez descontados

los recursos para el saneamiento de la red pública según el porcentaje que defina el Gobierno Nacional conforme a lo establecido en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013 destinados al Fonsaet, considerando los siguientes criterios:

- a) Población y equidad en la prestación de servicios de salud;
- b) Eficiencia administrativa o fiscal en la gestión de prestación de servicios de salud.

Los recursos distribuidos en el marco de los anteriores criterios tendrán los siguientes usos de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional:

- a) Prestación de servicios por instituciones públicas con características monopólicas no sostenibles por venta de servicios que operen en condiciones de eficiencia;
- b) Formalización laboral en condiciones de sostenibilidad y eficiencia.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional podrá definir una compensación para las variaciones negativas originadas en la menor asignación respecto al año anterior.

Parágrafo 2°. Este artículo se aplicará conforme a la reglamentación que el Gobierno Nacional expida para el efecto.

Parágrafo 3°. Los excedentes y saldos no comprometidos del Sistema General de Participaciones con destino a la prestación de servicios a la Población Pobre no Asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores o para la financiación de la formalización laboral de las Empresas Sociales del Estado.

En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud, dichos saldos serán girados al Departamento para financiar las actividades definidas en el presente parágrafo.

Artículo 80. *Aportes patronales de las Empresas Sociales del Estado.* A partir del año 2015 las Empresas Sociales del Estado deben liquidar y pagar los aportes patronales directamente.

La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales adelantará las acciones necesarias para asegurar el cumplimiento en el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral por parte de las Empresas Sociales del Estado. En caso de identificar el incumplimiento en el pago, dicha Unidad informará y certificará el valor de dicho incumplimiento a la Unidad de Gestión - Salud-Mía, quien procederá a hacer la retención del valor correspondiente al aporte del siguiente giro. De igual forma, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) informará a las entidades de control pertinentes para que dicho comportamiento por parte del Gerente o Director de la Empresa Social del Estado sea sancionado como falta grave en el desempeño de las funciones.

Artículo 81. *Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas.* Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente.

Los gerentes o directores cuyo periodo no haya culminado a la expedición de la presente ley continuarán en el desempeño de su empleo hasta el cumplimiento del periodo, el retiro por evaluación, la renuncia al cargo, o cualquier otra situación administrativa. Una vez el empleo se encuentre vacante deberá proveerse mediante nombramiento ordinario.

El Gobierno Nacional definirá las calidades exigidas para ser gerente o director de una Empresa Social del Estado que como mínimo deberá ser profesionales universitarios con tres (3) o más años de experiencia en el sector. Las calidades exigidas pueden variar dependiendo del nivel de complejidad o de los servicios que preste la Empresa Social del Estado.

Las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, estarán integradas de la siguiente manera:

- a) El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá;
- b) El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado;
- c) Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente constituidas mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud;
- d) Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por votación. En el evento de no existir en la Empresa Social del Estado profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del orden municipal, además de los miembros ya definidos en el presente artículo, tendrán como miembro de la Junta Directiva al Gobernador del Departamento o su delegado.

Los miembros de la Junta Directiva, a que hace mención los literales c) y d) del presente artículo, tendrán un periodo de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos.

Artículo 82. *Facultades extraordinarias régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado.* De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revítese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente ley, expida normas con fuerza de ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general, el régimen laboral para los servidores

que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio público de salud y hacer sostenible las Empresas Sociales del Estado. En todo caso, en desarrollo de estas facultades se deberán respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los Servidores Públicos, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política.

Artículo 83. *Facultades extraordinarias minorías étnicas.* De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, manteniendo la normatividad vigente que les sean más favorables.

En la elaboración de las normas con fuerza de ley que desarrollen las facultades extraordinarias aquí otorgadas se consultará a los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas bajo los parámetros de la jurisprudencia constitucional, la ley y el derecho propio, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta previa. La metodología de la consulta previa para la elaboración de las normas con fuerza de ley será concertada entre el Gobierno Nacional y los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas. Los medios económicos y técnicos para el desarrollo de dichas consultas serán garantizados por el Gobierno Nacional.

Parágrafo. Los decretos con fuerza de ley que se expidan contendrán, cuando se requiera, de esquemas de transición que permitan dar aplicación a las disposiciones allí contenidas.

Artículo 84. Se adicione un nuevo numeral al artículo 178 de la Ley 136 de 1994, que trata sobre las funciones de los personeros: (...)

27. Velar, de manera especial, por el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de cualquier persona. Para tal efecto, quedará facultado para:

i) Conminar a los gerentes, representantes legales y/o directores de los Gestores de Servicio de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando, a su juicio, dicho derecho fundamental se encuentre amenazado, esté siendo vulnerado o desconocido por alguna de esas entidades, para que estas procedan a cumplir con la prestación del servicio o tecnología de salud requerida;

ii) Remitir a la Superintendencia Nacional de Salud copias de la actuación adelantada, para que se adopten las decisiones a que haya lugar;

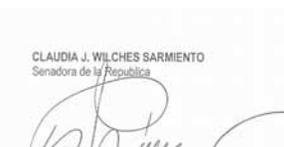
iii) Resolver las quejas que presenten las personas en torno a la prestación de un servicio o tecnología de salud contra los Gestores de Servicio de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 85. *Vigencias y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial el literal b) del artículo 155, los artículos 171, 172 y el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993; el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007; el inciso final del artículo 2º y los artículos 25, 26, 27, 100, 101 y 137 de la Ley 1438 de 2011; y el segundo inciso del artículo 229 del Decreto-ley 019 del 2012.

Transcurrido el esquema de transición definido en la presente ley, se entienden derogados el literal c) del artículo 155, el artículo 156, el numeral 1) del artículo 161, los artículos 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 205, el numeral 1) del artículo 214, el artículo 215, y el inciso segundo del artículo 217 de la Ley 100 de 1993; el artículo 49 y el inciso número seis del artículo 66 de la Ley 715 de 2001; el literal a) del artículo 13, y los artículos 16 y 19 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 31, 57, 60, 61, 62, 63 y 64 de la Ley 1438 de 2011.

Atentamente,

Senado de la República:

 JORGE BALLESTEROS BERNIER Senador de la República Coordinador Ponente	 EDINSON DEGRADO RUIZ Senador de la República Coordinador Ponente
 GUILLERMO A. SANTOS MARÍN Senador de la República Coordinador Ponente	 ANTONIO J. CORREA JIMENEZ Senador de la República Coordinador Ponente
 GABRIEL ZAPATA CORREA Senador de la República Coordinador Ponente	 MAURICIO ERNESTO OSPINA GOMEZ Senador de la República Coordinador Ponente
 CLAUDIA J. WILCHES SARMENTO Senadora de la República	 TERESITA GARCIA ROMERO Senadora de la República
 RODRIGO ROMERO HERNANDEZ Senador de la República	 LILIANA RENDON ROLDAN Senadora de la República
 ASTRID SANCHEZ MONTES DE OCA Senadora de la República	 GLORIA INES RAMIREZ RIOS Senadora de la República
 GERMAN B. CARLOSAMA LOPEZ Senador de la República	

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veintinueve (29) días del mes de agosto año dos mil trece (2013). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la**

**Gaceta del Congreso**, el informe de ponencia para segundo debate, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate, contenido en ciento tres (103) folios, al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado**, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud. El texto propuesto para segundo debate y pliego de modificaciones, contenido en el presente informe de ponencia que se ordena publicar, consta de ochenta y cinco (85). Autoría del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado (Ministerio de la Salud y de la Protección Social - doctor Alejandro Gaviria Uribe). Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado (honorables Senadores Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz) y Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado (honorables Senadores Luis Carlos Avelaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, Alexander López, Parmenio Cuéllar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena, y los honorables Representantes Iván Cepeda Castro, Germán Navas Talero, Ángela María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla, Hugo Velásquez).

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

#### NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para segundo debate Senado, pliego de modificaciones y texto propuesto para segundo debate Senado y pliego modificaciones, que se ordena publicar, con proposición (POSITIVA), está refrendado por los honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez (Coordinador), Edinson Delgado Ruiz (Coordinador), Gabriel Zapata Correa (Coordinador), Jorge Eliécer Ballesteros Bernier (Coordinador), Teresita García Romero, Germán Carlosama López, Guillermo Antonio Santos Marín (Coordinador) y el honorable Senador Rodrigo Romero Hernández actúa como ponente para segundo debate en reemplazo de la honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez (fallecida), en su calidad de ponentes. Los honorables Senadores Gloria Inés Ramírez Ríos, Mauricio Ernesto Ospina Gómez (Coordinador), Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Astrid Sánchez Montes de Oca y Liliana María Rendón Rolán, no refrendaron este informe que se ordena publicar.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

**INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 208 DE 2012 CÁMARA, 282 DE 2013 SENADO** por medio de la cual se establece la Cuota de Fomento de la Papa, se crea un Fondo de Fomento, se establecen normas para su recaudo y administración y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., agosto 27 de 2013

Doctor

ANTONIO GUERRA DE LA ESPRIELLA

Presidente

Comisión Tercera Constitucional Permanente  
Senado de la República

**Ref.:** Informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 208 de 2012 Cámara, 282 de 2013 Senado**, por medio de la cual se establece la cuota de fomento de la papa, se crea un Fondo de Fomento, se establecen normas para su recaudo y administración y se dictan otras disposiciones.

Respetado Presidente:

En cumplimiento a la designación que la Presidencia de la Comisión Tercera Constitucional Permanente del Senado de la República hiciera, y de conformidad con lo establecido en los artículos 174 y siguientes de la Ley 5ª de 1992, sometemos a consideración de los honorables Senadores de esta célula legislativa el presente informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley de la referencia, en los siguientes términos:

#### ANTECEDENTES DEL PROYECTO

El proyecto de ley que nos ocupa corresponde a una iniciativa de autoría del Ejecutivo Nacional a través de su Ministro de Agricultura, del momento, Dr. Juan Camilo Restrepo, el cual fue radicado en la Secretaría General de la Honorable Cámara de Representantes el día 13 del mes de noviembre del año 2012 y repartido por la Comisión Tercera de esta Corporación. Luego de ser aprobado en primer debate, en sesión ordinaria realizada el día veintitrés (23) de abril de dos mil trece (2013), hace su tránsito a sesión plenaria, y el día 19 de junio de 2013 da su aprobación en segundo debate, por mayoría, al texto definitivo sin modificaciones, según consta en las actas de Sesión Plenaria número 216 del 19 de junio de 2013, previo su anuncio el día 18 de junio de los corrientes, según Actas de Sesión Plenaria número 215.

Luego de ser repartido a la Comisión Tercera del Honorable Senado de la República, en consideración a las competencias reglamentarias y de ley establecidas, la mesa directiva de esta célula legislativa nos asigna a los suscritos como ponentes para primer debate.

#### DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO

La presente iniciativa, consta de 22 artículos, organizados de la siguiente manera:

*Artículo 1º.* Objeto de la ley.

*Artículo 2º.* Determina como Subsector de la papa el constituido por las personas naturales, jurídicas o sociedades de hecho, dedicadas a la pro-

ducción, recolección, acondicionamiento, procesamiento, comercialización a nivel nacional e internacional.

*Artículo 3°.* Establece la Cuota de Fomento de la Papa como una contribución de carácter parafiscal a cargo del productor, equivalente al uno por ciento (1%) del valor de venta, aplicándose también al procesador e industrializador y al importador.

*Artículo 4°.* Determina las personas obligadas al pago de la Cuota de Fomento de la Papa, a los procesadores e industrializadores de la misma y, los importadores de este producto.

*Artículo 5°.* Define la Contribución parafiscal agropecuaria de este producto, conforme a lo establecido en la Ley 101 de 1993, impuesta por razones de interés general, para el beneficio de sus contribuyentes.

*Artículo 6°.* Crea las personas obligadas al recaudo de la Cuota de Fomento de la Papa a las naturales, jurídicas o las sociedades de hecho que compren papa de producción nacional o importada, de cualquier variedad para utilizarla como semilla, acondicionarla, procesarla, industrializarla, comercializarla o exportarla.

*Artículo 7°.* Especifica la forma en que debe hacerse la transferencia de la Cuota al Fondo de Fomento.

*Artículo 8°.* Fija las sanciones derivadas del incumplimiento del recaudo de la cuota a los productores, importadores y recaudadores de este producto.

*Artículo 9°.* Crea el Fondo de Fomento de la Papa como una cuenta especial de manejo, constituida con los recursos provenientes del recaudo de la Cuota de Fomento de la Papa.

*Artículo 10.* Hace claridad sobre los objetivos que persigue el Fondo de Fomento de la Papa.

*Artículo 11.* Define que son los Activos de propiedad del Fondo.

*Artículo 12.* Explica cómo serán los recursos del Fondo de Fomento de la Papa, además de la cuota de fomento parafiscal, de conformidad con el artículo 32 de la Ley 101 de 1993, el Fondo Nacional de Fomento de la Papa, también este podrá recibir y canalizar recursos de crédito interno y externo que suscriba el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.

*Artículo 13.* Aclara cómo debe ser el recaudo y administración del Fondo de Fomento de la Papa.

*Artículo 14.* Otorga al Ministerio de Agricultura la supervisión y vigilancia de este, quien hará la evaluación, control e inspección de los planes, programas y proyectos que se desarrollen con los recursos.

*Artículo 15.* Expresa las Funciones de supervisión y vigilancia del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.

*Artículo 16.* Dice cómo debe ser el Plan de Inversiones y Gastos de este Fondo.

*Artículo 17.* Aclara que el control Fiscal del Fondo de Fomento de la Papa debe ser ejercido por la Contraloría General de la República.

*Artículo 18.* Define que la Dirección del Fondo de Fomento de la Papa estará a cargo de una Junta Directiva, la cual nombrará un gerente.

*Artículo 19.* Manifiesta cómo debe estar Integrada de la Junta Directiva.

*Artículo 20.* Establece las funciones de la Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa.

*Artículo 21.* Aclara cómo deben trasladarse los recursos del Fondo Nacional de Fomento Hortifrutícola al Fondo de Fomento de la Papa.

*Artículo 22.* Vigencia y derogatorias de la ley.

Los argumentos que el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural presentó para sustentar, en su exposición de motivos, el presente proyecto de ley, ameritan transcribirse como elemento básico de soporte para ratificar la importancia y necesidad de tramitar el proyecto de ley que nos ocupa:

#### ***I. Características de la producción de papa en el mundo***

*“A nivel mundial la papa ocupa el cuarto lugar en importancia como producto alimenticio después del trigo, el maíz y el arroz, con cerca de 313 millones de toneladas anuales, producidas en 18,6 millones de hectáreas (FAO, 2010).*

*Los 5 principales productores: China, India, Rusia, Ucrania y Estados Unidos, concentraron el 54% de la producción mundial de papa.*

*En América se registró una producción total de 39,2 millones de toneladas, en un área de 1,55 millones de hectáreas. Colombia ocupó el quinto lugar entre los países productores de papa de América después de Estados Unidos, Canadá, Brasil y Perú.*

*Colombia ocupó en 2010 el vigésimo tercer puesto entre los países productores de papa del mundo con 2,65 millones de toneladas.*

#### ***II. Características de la producción de papa en Colombia***

*Para el año 2011, el cultivo de papa ocupó, en relación con los cultivos transitorios, el tercer lugar en área sembrada con cerca de 130 mil hectáreas, el primer lugar en producción con 2.650.000 Ton/año y el primer lugar en valor de la producción, que asciende a 550 millones de dólares por año.*

*Aunque los rendimientos actuales se encuentran, en promedio, en 20,7 Ton/ha, se ha demostrado que los rendimientos potenciales pueden llegar a 80 Ton/ha, aspecto que plantea las grandes posibilidades de desarrollo que aún presenta este producto.*

*Existen cerca de 100 mil familias que se dedican al cultivo de la papa generándose en él, a su vez, alrededor de 20 millones de jornales al año.*

*El 90% de las unidades productoras de papa son menores de 3 ha. Predomina el minifundio y un esquema de producción tradicional.*

*La papa es el eje fundamental de la economía de 240 municipios de clima frío, principalmente, en los departamentos de Boyacá, Nariño y Cundinamarca.*

*El 90% de la producción se concentra, en su orden, en los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Nariño y Antioquia. El 10% restante se produce en los departamentos de Tolima, Cauca, Norte de Santander, Santander, Caldas y Valle del Cauca.*

*El 85% de las unidades productoras de papa no disponen de riego, por lo cual la producción está altamente influenciada por el comportamiento del clima, afectando consecuentemente los precios del producto en los mercados. Es relativamente frecuente encontrar diferencias en términos corrientes de hasta el 200% en los precios del tubérculo entre un periodo y otro, de un mismo año.*

*Colombia es el primer productor mundial de papa criolla, producto con amplias posibilidades en el comercio mundial, por lo cual se ha priorizado en la oferta exportable del Gobierno Nacional.*

### **III. Características de la cadena agroindustrial de la papa en Colombia**

*El banco de germoplasma de papa de Colombia es reconocido como el segundo más importante del mundo, lo que constituye una gran riqueza biogénica.*

*No obstante existir actualmente 37 productores de semilla certificada registrados ante el ICA, se mantiene una demanda insatisfecha por este insumo.*

*El valor de los insumos necesarios para la producción de papa en el país se estima en más de 200 millones de dólares al año.*

*Además de ser un cultivo altamente generador de empleo rural, se constituye en una de las actividades que más empleo indirecto genera, con 150 mil empleos indirectos por año. Es, así mismo, la actividad que más servicios de transporte terrestre demanda, con más de 2 millones de toneladas movilizadas al año.*

*El 82% de la producción nacional se comercializa en centros mayoristas de origen y centrales mayoristas terminales. Su presencia es la más importante en todas las centrales de abasto del país, en donde ocupa el primer lugar en volumen.*

*Se cuenta con más de 70 industrias dedicadas a la actividad de procesamiento de la papa, con diferente capacidad, diferentes niveles de desarrollo tecnológico y variada presencia en los mercados, que, en total, procesan alrededor de 212 mil toneladas de papa al año (cerca del 8% de la producción nacional se destina al procesamiento industrial).*

*Existe una demanda insatisfecha de papa en el contexto andino, centroamericano y el Caribe, lo que abre unas excelentes oportunidades para el producto colombiano.*

*El principal destino de las exportaciones de papa fresca es Venezuela y el comportamiento de las mismas es variable como consecuencia de la falta de continuidad en el otorgamiento de permisos fitosanitarios por parte de la autoridad sani-*

*taria de ese país. Colombia ha llegado a exportar a Venezuela 64 mil toneladas (1994), pero en los últimos 5 años el volumen exportado no ha sobrepasado las 30 mil toneladas por año.*

*Se exportan pequeñas cantidades de papa procesada, principalmente papa precocida congelada (a la francesa) y papa criolla en diferentes presentaciones, que no superan históricamente las 3 mil toneladas.*

*A partir del año 2002 el país deja de importar papa para consumo en fresco a raíz de la aplicación rigurosa de la reglamentación fitosanitaria por parte del ICA.*

*Las importaciones de papa procesada (17.520 toneladas en 2011), están referidas principalmente a papa precocida congelada y fécula de papa que se importan para suplir la demanda en épocas de precios altos de la materia prima que obliga a la industria procesadora colombiana a dicha sustitución.*

*El consumo de papa está fuertemente arraigado en la población colombiana, actualmente el consumo aparente per cápita es de 62 kg al año. Es viable lograr incrementos significativos en el consumo, especialmente, en el segmento de los procesados.*

*Análisis realizados por la Corporación Colombia Internacional (CCI) sobre la incidencia del precio de la papa en la inflación, muestran valores extremos que van desde un +30% hasta un 25%, en el renglón de alimentos. Esta característica hace que la papa haya jugado y juegue actualmente un papel importante en la definición del índice general de precios de la economía y tenga una gran incidencia en los presupuestos de las familias.*

*A partir de la firma del Acuerdo de Competitividad de la Cadena y de la creación del Consejo Nacional de la Papa en 1999, la Cadena ha logrado, entre otras, las siguientes acciones:*

*Firma de acuerdos de competitividad regionales y creación de Comités de Cadena en los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Antioquia y Nariño.*

*Concertación de una agenda unificada de investigación, innovación y desarrollo tecnológico con acciones de corto, mediano y largo plazo.*

*Primer Censo Nacional del Cultivo de la Papa, en los departamentos de Cundinamarca, Boyacá y Nariño.*

*Ejecución del Plan Nacional de Semilla mediante el cual, en 3 fases y una duración de cuatro años, se logró incrementar el índice de uso de semilla certificada, se mejoró la infraestructura para la producción de semilla y se dio inicio a importantes investigaciones relacionadas con las enfermedades limitantes en la producción de semilla.*

*Bajo el liderazgo de la Universidad Nacional de Colombia, Corpoica y Fedepapa, se han liberado nuevas variedades de papa, cuales son: Pastusa Suprema, Betina, Roja Nariño, Punto Azul, Esmeralda, Rubí, Milenia I, Mary, Criolla Latina, Criolla Paisa, Criolla Colombia, Criolla Guaneña y*

*Criolla Galeras. Estas variedades se caracterizan por su alto rendimiento agronómico, tolerancia a enfermedades, excelente calidad culinaria y, algunas de ellas, por su aptitud para el procesamiento industrial.*

*En el marco del Programa Nacional de Poscosecha y con cofinanciación del Ministerio de Agricultura y del Fondo Nacional de Fomento Hortofrutícola, se han puesto en operación cinco plantas de acondicionamiento (lavado, selección, clasificación y empaque) de papa fresca que benefician a grupos organizados de productores de Cundinamarca, Boyacá, Nariño y Antioquia. Como resultado de estos proyectos los agricultores han obtenido una mayor rentabilidad y se ha disminuido la intermediación en el proceso de comercialización.*

*La exploración de mercados externos no tradicionales ha abierto nuevas posibilidades de comercialización y diferenciación de un producto con valor agregado, especialmente en Ecuador, Panamá, Aruba y Antillas Holandesas.*

*Normalización del empaque de papa en sacos de 50 kilos, a partir de la expedición del Reglamento Técnico número RTC-001 por parte del Ministerio de Agricultura (2007).*

*Con el propósito de encontrar alternativas viables para el control de las principales plagas y enfermedades que afectan el cultivo y generar estrategias de manejo integrado del cultivo, se han financiado 104 proyectos de investigación y transferencia de tecnología.*

*A partir de la implementación de la metodología de Escuelas de Campo de Agricultores (ECA), que involucra componentes de investigación participativa, transferencia de tecnología y organización de productores con visión empresarial, la cadena ha desarrollado un total de 45 Escuelas de Campo de Agricultores (ECA), en los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Nariño, Antioquia, Caldas, Tolima y Cauca, capacitando en forma directa un total de 2.450 productores e indirectamente a cerca de 7.400.*

*Creación y consolidación de grupos asociativos de pequeños y medianos productores en los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Nariño y Antioquia. Se destacan por sus logros en materia de modernización del mercado y cohesión de sus organizaciones la Central Cooperativa de Productores de papa de Boyacá Copaboy y la Cooperativa de Productores de la Unión (Coagrounión).*

*En la actualidad la Cadena cuenta con una Guía Ambiental para el Cultivo de la Papa, documento concertado entre el gremio de los productores y el Ministerio del Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Se ha iniciado la implementación de la Guía en zonas piloto de los departamentos de Cundinamarca y Boyacá.*

*En el componente social y bajo el liderazgo de Fedepapa y la financiación del Ministerio de Agricultura, entre 2003 y 2011 se han desarrollado programas de vivienda de interés social rural que han beneficiado a un total de 680 familias productoras*

*de papa de los departamentos de Nariño, Cundinamarca, Boyacá y Antioquia. Asimismo, durante los años 2007 y 2008 se ejecutó un programa de Seguridad Alimentaria, con aportes del Ministerio de Agricultura, Acción Social, Fedepapa, Gobernaciones y municipios, que benefició a más de 22 mil familias. Igualmente en este componente, se destaca la implementación del programa de recolección y disposición final de envases de productos agroquímicos, con el cual, además de mejorar las condiciones de vida de las familias paperas, se ha logrado también disminuir la afectación sobre los recursos naturales en las zonas productoras.*

*La experiencia generada a partir de la implementación de estos planes, programas y proyectos, unida a la consolidación de la organización de la Cadena de la papa, abre un porvenir prometedor de desarrollo integral del subsector, el cual puede ser potenciado en la medida en que se cuente con recursos significativos provenientes de la cuota parafiscal de papa que puedan ser utilizados como mecanismo de apalancamiento de dineros públicos y privados.*

#### **IV. Aspectos generales del recaudo de la Cuota de Fomento de la Papa**

*La creación de las contribuciones parafiscales es una potestad que se desprende de la facultad contenida en el artículo 334 de la Constitución y asignada al Estado para ejercer la dirección general de la economía. Este artículo autoriza la intervención estatal, por mandato de leyes, “para racionalizar la economía con el fin de conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo”.*

*El marco general normativo de la parafiscalidad agropecuaria en Colombia se encuentra contenido en la Ley de Desarrollo Agropecuario y Pesquero, Ley 101 de 1993, que, entre otros, crea, regula y reglamenta la parafiscalidad, los aportes o cuotas parafiscales y los fondos parafiscales.*

*En estudio realizado por Fedepalma<sup>[1][1]</sup>, sobre la parafiscalidad agropecuaria colombiana se anota “Vale la pena destacar que estos fondos financiados con el recaudo de la cuota obligatoria de destinación específica a cargo de los productores, y administrado por la respectiva entidad gremial, se consolidaron como efectivos mecanismos de apoyo para que se investiguen, divulguen y promuevan nuevas tecnologías y variedades de cada producto y también para la búsqueda de mejores condiciones de competitividad y comercialización para los mismos agricultores”.*

*Es importante anotar que, aunque en este proyecto de ley está contemplada la creación de la Cuota de Fomento de la Papa, en realidad, dicha cuota se viene recaudando a través del Fondo Nacional de Fomento Hortifrutícola. Por lo tanto, **este proyecto de ley no crea una contribución parafis-***

<sup>1</sup> [1][1] Fedepalma. Conto Posada, Myriam. Rentas parafiscales de fomento: Naturaleza jurídica e impacto en el sector palmero colombiano. Revista Palmas, Vol. 28, N° 7007, 3°.

*cal nueva, sino que pretende escindir la Cuota de Fomento de Papa de la Cuota de Fomento Hortifrutícola. Esto se justifica considerando que:*

*a) El Fondo Nacional de Fomento Hortifrutícola recauda y administra la cuota parafiscal de aproximadamente 140 frutas y hortalizas que se producen y comercializan en el territorio nacional. Esta situación genera múltiples problemas que van desde un escaso recaudo de la cuota de fomento de la mayoría de los productos hasta bajos niveles de impacto de los proyectos financiados.*

*b) Históricamente el monto total anual recaudado por el Fondo Nacional de Fomento Hortifrutícola, correspondiente a papa, no ha superado el 9% del potencial de recaudo.*

*c) El esfuerzo de recaudo de la Cuota de Fomento de la Papa se ha concentrado básicamente en las industrias de procesamiento, grandes superficies, empresas exportadoras y algunos productores de semilla certificada que, en conjunto, representan tan solo un 15% de la papa que se comercializa en el país. No obstante, se estima que el potencial de recaudo anual de los eslabones mencionados puede estar cerca de los 1.600 millones de pesos, por lo que si se compara este dato con el recaudo anual se evidencia un alto grado de ineficiencia en el proceso;*

*d) Al crear un Fondo de Fomento de la Papa y entregar su administración a una entidad gremial representativa de los productores a nivel nacional, aumentaría el grado de identidad y compromiso de los diferentes sectores involucrados en el proceso de recaudo de la cuota y, consecuentemente, se disminuiría el nivel de evasión, con lo cual la cadena contaría con recursos importantes que, a partir de un proceso serio de focalización, podrían apalancar el desarrollo competitivo de la cadena;*

*e) A partir de la creación del Fondo Nacional de Fomento de la Papa, la entidad administradora con el apoyo del Consejo Nacional de la Papa adelantará un proceso de divulgación y sensibilización dirigido a todos los eslabones de la Cadena que acompañado del mayor grado de identidad con el nuevo Fondo, se traducirá en mayores niveles de recaudo, cuyas metas mínimas para los primeros 5 años de operación”.*

#### **CRITERIOS CONSTITUCIONALES Y LEGALES**

El artículo 334 de nuestra Constitución Nacional asigna al Estado el ejercicio de dirección general de la economía y lo faculta para crear contribuciones parafiscales.

Además, el artículo 150 Superior manifiesta que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes, elemento básico en el cual se soporta la presente iniciativa, fuera de cumplir con lo establecido, en los artículos 154, 157, 158 de la Constitución Política referentes a su origen, formalidades de publicidad y unidad de materia.

**El Proyecto de ley número 208 de 2012 Cámara, 282 de 2013 Senado, por medio de la cual se establece la cuota de fomento de la papa, se crea**

*un Fondo de Fomento, se establecen normas para su recaudo y administración y se dictan otras disposiciones, a que se refiere esta ponencia, cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992.*

#### **PLIEGO MODIFICATORIO**

Dentro de las modificaciones propuestas se sugiere involucrar también al importador de papa, ya que actualmente ha crecido el número de personas e instituciones dedicadas a esta actividad, que en muchas oportunidades no le generan ningún beneficio a la producción nacional, pero sí comercializan el producto con significativa rentabilidad, y esto conlleva a que se genere una desigualdad entre el productor y comercializador del país. Además, que por estar dedicados a la actividad comercial del mismo producto, así sea foráneo, deben resignar parte de su utilidad al fortalecimiento de lo nuestro.

Dentro de los artículos 3º y 4º incluimos a los procesadores e industrializadores de la papa puesto que éstos también deben también contribuir al fortalecimiento del Fondo, por ser beneficiarios directos del producto, asegurándoles una mayor sostenibilidad para el crecimiento de esta rentable industria, que según datos expresados por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural se cuenta con más de 70 industrias dedicadas a la actividad de procesamiento de la papa, con diferente capacidad, diferentes niveles de desarrollo tecnológico y variada presencia en los mercados, que, en total, procesan alrededor de 212 mil toneladas de papa al año (cerca del 8% de la producción nacional se destina al procesamiento industrial).

La fabricación industrial a partir de la papa, se hace como fécula, harina, y pellets, y la papa sometida a algún tipo de proceso, como la papa congelada, la papa en trozos o rodajas y la papa conservada, fuera de la variedad de presentaciones como deshidratada (nacos o puré), frita en rodajas (en paquetes), a la francesa precocida, utilizada en cosméticos y combustibles, para uso industrial, o en licores como el Vodka.

Es de anotar que la Empresa Frito Lay Colombia Ltda., es el mayor comercializador en el país de papa procesada y empacada al vacío, la cual provee a cadenas de almacenes, grandes superficies, restaurantes, tiendas de abarrotes, cigarrerías, etc. Además, las cadenas de restaurantes McDonald's, El Corral, El Rodeo y Burger Kings, ellas mismas procesan y sacan a la venta la papa a la francesa, en cantidades inculculadas, y con una excelente utilidad.

En Medellín se encuentran Productos Cronch, Productos Krap; en Cali, Yupi, del Grupo Gillinsky y Productos Calima; en Bogotá, Productos Andru, Jacks Snacks, Margarita, Comestibles Rico y Chispita, todos productos procesados, empacados y comercializados en el territorio nacional, con un gradual crecimiento anual.

El artículo 18 adiciona la inclusión de un gerente como elemento fundamental para representar al organismo central que se propone para la dirección del Fondo de la Papa.

Con relación a la sugerencia de adicionar el artículo 19, creemos pertinente dejar claro que las organizaciones que intervengan como miembros del Fondo deben estar legítimamente constituidas de acuerdo a nuestra legislación vigente, por tratarse de un organismo de suma importancia y responsabilidad para el país.

En cuanto a la adición del artículo 20, se hace necesario dejar claro que para el correcto funcionamiento de un organismo de estas características debe someterse a un reglamento, y en la generalidad de casos, siempre es él mismo quien se lo da.

TEXTO ORIGINAL	PLIEGO DE MODIFICACIONES PROPUESTO
<p><b>Artículo 3°.</b> <i>Establecimiento de la Cuota de Fomento de la papa.</i> Establézcase la Cuota de Fomento de la papa, como una contribución de carácter parafiscal a cargo del productor, que equivale al uno por ciento (1%) del valor de venta de papa de producción nacional. También se le aplicará esta contribución, al facturar la venta del producto.</p> <p>Parágrafo. La cuota de fomento de la papa se causará por una sola vez en cualquier etapa del proceso de comercialización, y una vez pagada, la entidad administradora de la cuota parafiscal expedirá un paz y salvo, en el que se hará constar que la contribución ya fue pagada, el cual se constituye en la única prueba que exime de la obligación del recaudo de la cuota a quienes intervienen en etapas sucesivas de su comercialización.</p>	<p><b>Artículo 3°.</b> <i>Establecimiento de la Cuota de Fomento de la papa.</i> Establézcase la Cuota de Fomento de la papa, como una contribución de carácter parafiscal a cargo del productor, que equivale al uno por ciento (1%) del valor de venta de papa de producción nacional. También se le aplicará esta contribución <u>al procesador e industrializador y al importador de papa</u>, al facturar la venta del producto.</p> <p>Parágrafo. La cuota de fomento de la papa se causará por una sola vez en cualquier etapa del proceso de comercialización, y una vez pagada, la entidad administradora de la cuota parafiscal expedirá un paz y salvo, en el que se hará constar que la contribución ya fue pagada, el cual se constituye en la única prueba que exime de la obligación del recaudo de la cuota a quienes intervienen en etapas sucesivas de su comercialización.</p>
<p><b>Artículo 4°.</b> <i>Personas obligadas al pago de la Cuota de Fomento de la papa.</i> Los productores de papa, ya sean personas naturales, jurídicas o sociedades de hecho, estarán obligados a pagar la cuota de fomento de la papa.</p> <p>Parágrafo. Cuando el productor de papa sea su exportador, también estará sujeto al pago de la cuota de fomento de la papa y él mismo actuará como recaudador.</p>	<p><b>Artículo 4°.</b> <i>Personas obligadas al pago de la Cuota de Fomento de la papa.</i> Los productores de papa, <u>los procesadores e industrializadores de la misma y los importadores de este producto</u>, ya sean personas naturales, jurídicas o sociedades de hecho, estarán obligados a pagar la cuota de fomento de la papa.</p> <p>Parágrafo. Cuando el productor de papa sea su exportador, también estará sujeto al pago de la cuota de fomento de la papa y él mismo actuará como recaudador. <u>Igualmente el comercializador de papa procesada.</u></p>
<p><b>Artículo 18.</b> <i>Dirección del Fondo de Fomento de la Papa.</i> La dirección del Fondo de Fomento de la Papa estará a cargo de una Junta Directiva.</p>	<p><b>Artículo 18.</b> <i>Dirección del Fondo de Fomento de la Papa.</i> La dirección del Fondo de Fomento de la Papa estará a cargo de una Junta Directiva, <u>la cual nombrará un gerente, otorgándole sus respectivas funciones.</u></p>
<p><b>Artículo 19.</b> <i>Integración de la Junta Directiva.</i> La Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa, estará integrada por:</p> <p>a) El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural o su Delegado, quien la presidirá.</p> <p>b) Un (1) delegado de las organizaciones de productores del orden nacional.</p> <p>c) Tres (3) delegados de las organizaciones de productores del nivel regional.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural reglamentará los mecanismos para la selección y designación de los delegados a la Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa.</p>	<p><b>Artículo 19.</b> <i>Integración de la Junta Directiva.</i> La Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa, estará integrada por:</p> <p>a) El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural o su Delegado, quien la presidirá.</p> <p>b) Un (1) delegado de las organizaciones de productores del orden nacional, <u>con representación legal vigente.</u></p> <p>c) Tres (3) delegados de las organizaciones de productores del nivel regional, <u>con representación legal vigente.</u></p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural reglamentará los mecanismos para la selección y designación de los delegados a la Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa.</p>

TEXTO ORIGINAL	PLIEGO DE MODIFICACIONES PROPUESTO
<p><b>Artículo 20.</b> <i>Funciones de la Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa.</i> La Junta Directiva del Fondo tendrá las siguientes funciones:</p> <p>a) Trazar las políticas generales para garantizar el cumplimiento de los fines y objetivos del Fondo, estableciendo prioridades de corto, mediano y largo plazo.</p> <p>b) Aprobar el plan anual de inversiones y gastos y los traslados presupuestales presentados a su consideración por la entidad administradora, con el voto favorable del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.</p> <p>c) Aprobar los contratos de asociación, cofinanciación, o de cualquier otra índole que, para el cumplimiento de los fines y objetivos del Fondo, proponga celebrar la entidad administradora.</p> <p>d) Velar por la correcta y eficiente gestión del Fondo por parte de la entidad administradora.</p> <p>e) Establecer mecanismos apropiados para garantizar la democratización en la representación y en el manejo de los recursos parafiscales.</p> <p>f) Las demás que le son inherentes a su calidad de máximo órgano directivo del Fondo, y las que se le asignen en las normas legales vigentes y en el contrato especial de administración del Fondo y recaudo de la cuota.</p>	<p><b>Artículo 20.</b> <i>Funciones de la Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa.</i> La Junta Directiva del Fondo tendrá las siguientes funciones:</p> <p>a) Trazar las políticas generales para garantizar el cumplimiento de los fines y objetivos del Fondo, estableciendo prioridades de corto, mediano y largo plazo.</p> <p>b) Aprobar el plan anual de inversiones y gastos y los traslados presupuestales presentados a su consideración por la entidad administradora, con el voto favorable del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.</p> <p>c) Aprobar los contratos de asociación, cofinanciación, o de cualquier otra índole que, para el cumplimiento de los fines y objetivos del Fondo, proponga celebrar la entidad administradora.</p> <p>d) Velar por la correcta y eficiente gestión del Fondo por parte de la entidad administradora.</p> <p>e) Establecer mecanismos apropiados para garantizar la democratización en la representación y en el manejo de los recursos parafiscales.</p> <p>f) Las demás que le son inherentes a su calidad de máximo órgano directivo del Fondo, y las que se le asignen en las normas legales vigentes y en el contrato especial de administración del Fondo y recaudo de la cuota.</p> <p>g) Darse su propio reglamento.</p>

**PROPOSICIÓN**

Con base en las anteriores consideraciones, presentamos ponencia favorable y, en consecuencia solicitamos muy comedidamente a los honorables Senadores, dar primer debate al **Proyecto de ley número 208 de 2012 Cámara, 282 de 2013 Senado, por medio de la cual se establece la cuota de fomento de la papa, se crea un Fondo de Fomento, se establecen normas para su recaudo y administración y se dictan otras disposiciones**, con las modificaciones propuestas.

De los señores Senadores,

*Juan Mario Laserna Jaramillo, Fernando Tamayo Tamayo,*

Senadores Ponentes.

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 208 DE 2012 CÁMARA, 282 DE 2013 SENADO**

*por medio de la cual se establece la Cuota de Fomento de la Papa, se crea un Fondo de Fomento, se establecen normas para su recaudo y administración y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

**Artículo 1°.** *Objeto.* La presente ley tiene por objeto establecer la Cuota de Fomento de la papa, crear el Fondo de Fomento y determinar las principales definiciones de las bases para su recaudo, administración y destinación, con el fin de contribuir al desarrollo del subsector de la papa en Colombia.

**Artículo 2°.** *Del Subsector de la papa.* Para efectos de esta ley, se entiende por subsector de la papa el componente del sector agrícola del país, constituido por las personas naturales, jurídicas o

sociedades de hecho, dedicadas a la producción, recolección, acondicionamiento, procesamiento, comercialización a nivel nacional e internacional, y actividades afines de la papa.

Artículo 3°. *Establecimiento de la Cuota de Fomento de la papa.* Establézcase la Cuota de Fomento de la papa, como una contribución de carácter parafiscal a cargo del productor, que equivale al uno por ciento (1%) del valor de venta de papa de producción nacional. También se le aplicará esta contribución al procesador e industrializador y al importador de papa, al facturar la venta del producto.

Parágrafo. La cuota de fomento de la papa se causará por una sola vez en cualquier etapa del proceso de comercialización, y una vez pagada, la entidad administradora de la cuota parafiscal expedirá un paz y salvo, en el que se hará constar que la contribución ya fue pagada, el cual se constituye en la única prueba que exime de la obligación del recaudo de la cuota a quienes intervienen en etapas sucesivas de su comercialización.

Artículo 4°. *Personas obligadas al pago de la Cuota de Fomento de la papa.* Los productores de papa, los procesadores e industrializadores de la misma y, los importadores de este producto, ya sean personas naturales, jurídicas o sociedades de hecho, estarán obligados a pagar la cuota de fomento de la papa.

Parágrafo. Cuando el productor de papa sea su exportador, también estará sujeto al pago de la cuota de fomento de la papa y él mismo actuará como recaudador. Igualmente el comercializador de papa procesada.

Artículo 5°. *Contribución parafiscal agropecuaria.* De conformidad a lo establecido en la Ley 101 de 1993, la Cuota de Fomento de la Papa es una contribución de carácter parafiscal agropecuario, impuesta por razones de interés general, para el beneficio de sus contribuyentes.

Artículo 6°. *Personas obligadas al recaudo de la Cuota de Fomento de la Papa.* Las personas naturales, jurídicas o las sociedades de hecho que compren papa de producción nacional o importada, de cualquier variedad para utilizarla como semilla, acondicionarla, procesarla, industrializarla, comercializarla o exportarla, están obligada a retener, por una sola vez, el valor de la Cuota de Fomento de la Papa al momento de efectuar la transacción o el pago correspondiente.

Artículo 7°. *De la transferencia de la Cuota al Fondo de Fomento.* Las personas obligadas al recaudo de la Cuota de Fomento de la Papa mantendrán estos recursos en cuentas separadas y estarán obligados a acreditarlos en la cuenta especial del fondo de fomento de la papa dentro de los primeros diez (10) días del mes siguiente a su recaudo.

Parágrafo 1°. En ejercicio de la función de auditoría, la entidad administradora del fondo podrá efectuar visitas de inspección a los libros de contabilidad de los recaudadores de la cuota para asegurar el debido pago de la misma.

Parágrafo 2°. Los recaudadores de la cuota estarán obligados a suministrar a la entidad administradora toda la información que requiera, con el propósito de hacer más eficiente la aplicación de esta ley.

Artículo 8°. *Sanciones derivadas del incumplimiento del recaudo de la cuota.* Los productores, importadores y recaudadores de la Cuota de Fomento de la Papa que incumplan su obligación de recaudar la cuota o de trasladarla oportunamente a la entidad que la administre, se harán acreedores a las sanciones establecidas a continuación:

a) Asumir y pagar el valor de la cuota dejada de recaudar.

b) Pagar los intereses moratorios que se causen en los términos del artículo 3° de la Ley 1066 de 2006.

Lo anterior, sin perjuicio de las sanciones penales, fiscales y administrativas a que hubiere lugar, así como el pago de las sumas que resulten adeudadas por cualquier concepto al fondo.

Parágrafo. La entidad administradora de la Cuota de Fomento de la Papa podrá adelantar los procesos jurídicos para el cobro de la cuota y de los intereses moratorios, cuando a ello hubiere lugar.

Artículo 9°. *Creación del Fondo de Fomento de la Papa.* Créase el Fondo de Fomento de la Papa como una cuenta especial de manejo, bajo el nombre “Fondo Nacional de Fomento de la Papa”, constituida con los recursos provenientes del recaudo de la Cuota de Fomento de la Papa, cuyo destino exclusivo será el que corresponda a los objetivos previstos en la presente ley.

Artículo 10. *Objetivos del Fondo de Fomento de la Papa.* Los recursos del Fondo Nacional de Fomento de la Papa se utilizarán además de lo contemplado en el artículo 31 de la Ley 101 de 1993, para:

a) Apoyar procesos que promuevan la organización de la cadena de la papa, de sus eslabones y, particularmente de los productores.

b) Apoyar acciones que conduzcan a la regulación de la oferta y la demanda de papa, para proteger a los productores contra oscilaciones anormales de los precios y procurarles un ingreso remunerativo.

c) Apoyar el financiamiento de planes, programas y proyectos de innovación, investigación y transferencia de tecnología.

d) Apoyar el financiamiento de planes, programas y proyectos orientados al fortalecimiento e implementación de medidas de control fitosanitario para la protección de la producción nacional frente a la globalización de los mercados de la papa.

e) Apoyar el financiamiento de planes, programas y proyectos de agregación de valor, en especial de aquellos tendientes al mejoramiento de los niveles de eficiencia en los procesos de poscosecha, transformación e industrialización.

f) Apoyar la financiación de planes, programas y proyectos orientados a diseñar, implementar y ha-

cer más eficientes los sistemas de información del subsector, con el propósito de proveer instrumentos para la planificación de la producción y los mercados de la papa en el sector público y privado.

g) Apoyar la financiación de planes, programas y proyectos de formación y capacitación para la modernización tecnológica de la producción, procesamiento y comercialización de la papa.

h) Apoyar la financiación de planes, programas y proyectos que tiendan a conservar y recuperar el entorno ecológico donde se desarrolle el cultivo de la papa.

i) Divulgar los planes, programas y proyectos financiados con recursos del Fondo Nacional de Fomento de la Papa.

Parágrafo 1°. Para el logro de estos objetivos, la entidad administradora, previa autorización de la Junta Directiva del Fondo, adelantará contratos de ejecución o asociación con terceros, sean personas naturales o jurídicas, públicas, privadas o mixtas, nacionales o extranjeras.

Parágrafo 2°. La Junta Directiva del Fondo, propondrá por una adecuada asignación regional de los recursos entre las distintas zonas productoras.

Artículo 11. *Activos de propiedad del Fondo.* Los activos que se adquieran con los recursos del Fondo deberán incorporarse a la cuenta especial del mismo. En cada operación deberá quedar establecido que el bien adquirido es de propiedad del Fondo, representado por la entidad administradora.

Parágrafo. En caso de que este se liquide, todos sus bienes, incluidos los dineros del Fondo que se encuentren en caja o en bancos, una vez cancelados los pasivos, serán entregados al Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, con el fin de que se invierta en los mismos objetivos a los establecidos en la presente ley.

Artículo 12. *Recursos del Fondo de Fomento de la Papa.* Además de la cuota de fomento parafiscal, de conformidad con el artículo 32 de la Ley 101 de 1993, el Fondo Nacional de Fomento de la Papa podrá recibir y canalizar recursos de crédito interno y externo que suscriba el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, destinados al cumplimiento de los objetivos que le fija la presente ley, así como aportes e inversiones del Tesoro Nacional y de personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras, para este mismo fin y los que se señalan a continuación.

Artículo 13. *Recaudo y administración del Fondo de Fomento de la Papa.* El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, contratará con la entidad más representativa de los productores de papa a nivel nacional el recaudo y la administración del Fondo Nacional de Fomento de la Papa o en su defecto a través de una sociedad fiduciaria.

Parágrafo 1°. Los recursos recaudados por el Fondo Nacional de Fomento de la Papa deben administrarse conforme a los principios de eficiencia, eficacia, responsabilidad y transparencia y bajo garantías de representación democrática real y efectiva de todos los contribuyentes y beneficiarios.

Parágrafo 2°. El recaudo de la Cuota de Fomento de la papa establecida por medio de la presente ley, requiere que se encuentre vigente el contrato entre el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y la entidad administradora del Fondo.

Parágrafo 3°. El contrato especial de administración señalará a la entidad administradora lo relativo al manejo de los recursos del Fondo, los criterios de gerencia y administración, la definición y establecimiento de planes, programas y proyectos, las facultades y prohibiciones de la entidad administradora, el plazo del contrato que inicialmente será por cinco (5) años y el valor de la contraprestación por la administración y recaudo de la cuota que será hasta del diez por ciento (10%) del recaudo anual, así como los demás requisitos y condiciones que se precisen para el cumplimiento de los objetivos.

Artículo 14. *Supervisión y Vigilancia del Fondo de Fomento de la Papa.* El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural hará la evaluación, control e inspección de los planes, programas y proyectos que se desarrollen con los recursos del Fondo, para ello la entidad administradora deberá rendir semestralmente informes sobre los recursos obtenidos y su inversión.

Parágrafo. El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural podrá verificar dichos informes inspeccionando los libros y demás documentos que la entidad administradora deberá conservar de la administración del Fondo.

Artículo 15. *Funciones de supervisión y vigilancia.* Son funciones de supervisión y vigilancia del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural las siguientes:

a) Hacer seguimiento y evaluación a los planes, programas y proyectos del Fondo de Fomento de la Papa.

b) Aprobar o improbar el presupuesto anual de ingresos y gastos.

c) Llevar control de la ejecución de los recursos y emitir concepto sobre los acuerdos de gasto trimestrales.

d) Hacer seguimiento y evaluación sobre el cumplimiento de altos estándares de democratización real y transparencia.

Artículo 16. *Plan de Inversiones y Gastos.* La entidad administradora, con base en las directrices de la Junta Directiva, elaborará antes del 1° de octubre de cada año, el Plan de Inversiones y Gastos para el siguiente ejercicio anual, el cual sólo podrá ejecutarse una vez haya sido aprobado por la Junta Directiva del Fondo, con el voto favorable del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.

Artículo 17. *Control Fiscal del Fondo de Fomento de la Papa.* Para todos los efectos legales, el control fiscal sobre la inversión de los recursos del Fondo de Fomento de la Papa será ejercido por la Contraloría General de la República de conformidad con las normas y reglamentos correspondientes, adecuados a la naturaleza del Fondo y su organismo administrador.

Artículo 18. *Dirección del Fondo de Fomento de la Papa.* La dirección del Fondo de Fomento de la Papa estará a cargo de una Junta Directiva, la cual nombrará un gerente, otorgándole sus respectivas funciones.

Artículo 19. *Integración de la Junta Directiva.* La Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa, estará integrada por:

- a) El Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural o su Delegado, quien la presidirá.
- b) Un (1) delegado de las organizaciones de productores del orden nacional, con representación legal vigente.
- c) Tres (3) delegados de las organizaciones de productores del nivel regional, con representación legal vigente.

Parágrafo. El Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural reglamentará los mecanismos para la selección y designación de los delegados a la Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa.

Artículo 20. *Funciones de la Junta Directiva del Fondo de Fomento de la Papa.* La Junta Directiva del Fondo tendrá las siguientes funciones:

- a) Trazar las políticas generales para garantizar el cumplimiento de los fines y objetivos del Fondo, estableciendo prioridades de corto, mediano y largo plazo.
- b) Aprobar el plan anual de inversiones y gastos y los traslados presupuestales presentados a su consideración por la entidad administradora, con el voto favorable del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural.
- c) Aprobar los contratos de asociación, cofinanciación, o de cualquier otra índole que, para el cumplimiento de los fines y objetivos del Fondo, proponga celebrar la entidad administradora.
- d) Velar por la correcta y eficiente gestión del Fondo por parte de la entidad administradora.
- e) Establecer mecanismos apropiados para garantizar la democratización en la representación y en el manejo de los recursos parafiscales.
- f) Las demás que le son inherentes a su calidad de máximo órgano directivo del Fondo, y las que se le asignen en las normas legales vigentes y en el contrato especial de administración del Fondo y recaudo de la cuota.
- g) Darse su propio reglamento.

Artículo 21. *Traslado de recursos del Fondo Nacional de Fomento Hortifrutícola al Fondo de Fomento de la Papa.* Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la vigencia de la presente ley, la entidad administradora del Fondo Nacional de Fomento Hortifrutícola deberá traspasar a la entidad administradora del Fondo Nacional de Fomento de la Papa los recursos recaudados provenientes de la contribución parafiscal de la papa, no ejecutados ni comprometidos, que se encuentren bajo su administración.

De igual forma, la entidad administradora del Fondo Nacional de Fomento Hortofrutícola, deberá

traspasar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la vigencia de la presente ley a la entidad administradora del Fondo Nacional de Fomento de la Papa, la base de datos que tenga de agentes recaudadores de la papa.

Parágrafo 1°. A partir de la vigencia de la presente ley, los agentes recaudadores de la Cuota de Fomento de la Papa, deberán únicamente transferir la mencionada contribución al Fondo Nacional de Fomento de la Papa.

Parágrafo 2°. El sector de la papa en materia de parafiscalidad se regula exclusivamente por la presente ley. Las disposiciones establecidas y contenidas para dicho sector en la Ley 118 de 1994 no le serán aplicables.

Artículo 22. *Vigencia.* Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

*Juan Mario Laserna Jaramillo, Fernando Tamayo Tamayo,* Senadores Ponentes.

Bogotá, D. C., 28 de agosto de 2013

En la fecha se recibió ponencia y texto propuesto para primer debate del **Proyecto de ley número 282 de 2013 Senado, 208 de 2012 Cámara, por medio de la cual se establece la Cuota de Fomento de la Papa, se crea un Fondo de Fomento, se establecen normas para su recaudo y administración y se dictan otras disposiciones.** Suscrita por los honorables Senadores Juan Mario Laserna Jaramillo y Fernando Tamayo Tamayo.

El Secretario General,

*Rafael Oyola Ordosgoitia.*

Autorizo la publicación de la siguiente ponencia para primer debate, consta de veintidós (22) folios.

El Secretario General,

*Rafael Oyola Ordosgoitia.*

**CONTENIDO**

Gaceta número 654 - Viernes, 30 de agosto de 2013	
SENADO DE LA REPÚBLICA	Págs.
PONENCIAS	
Informe de ponencia, Texto propuesto y Pliego de modificaciones para segundo debate al Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.....	1
Informe de ponencia para primer debate, Pliego modificatorio y Texto propuesto al Proyecto de ley número 208 de 2012 Cámara, 282 de 2013 Senado, por medio de la cual se establece la Cuota de Fomento de la Papa, se crea un Fondo de Fomento, se establecen normas para su recaudo y administración y se dictan otras disposiciones.....	60