



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XIX - Nº 1.003

Bogotá, D. C., miércoles, 1º de diciembre de 2010

EDICIÓN DE 48 PÁGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO
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 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 CÁMARA

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

ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NÚMERO 95 DE 2010 SENADO, 143 DE 2010 SENADO, 147 DE 2010 SENADO, 160 DE 2010 SENADO, 161 DE 2010 SENADO, 182 DE 2010 SENADO, 111 DE 2010 CÁMARA, 126 DE 2010 CÁMARA, 035 DE 2010 DE INICIATIVA GUBERNAMENTAL, 087 DE 2010 CÁMARA.

Bogotá, D. C., diciembre de 2010

Honorable Senadora

DILIAN FRANCISCA TORO T.

Presidenta

Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al **Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones. **Acumulado con Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado**, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. **Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado**, por medio de la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención, **Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado**, por la cual se reforma parcialmente la Ley 1122 de 2007 y se dictan otras disposiciones, **Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado**, por medio de la cual se modifica parcialmente el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, **Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado**, por medio de la cual se contribuye al fortalecimiento de las condiciones laborales y humanas de los estudiantes, trabajadores

y profesionales de la salud y se fomenta la participación ciudadana en la prestación y administración de los servicios de salud, **Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado**, por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, **Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara**, por medio de la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 100 del 26 de diciembre de 1993 y 1122 de 2007, **Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara**, por la cual se regula el servicio público de seguridad social en salud, se sustituye el Libro II de la Ley 100 de 1993, se adopta el Estatuto Único del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, **Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental**, por medio de la cual se dispone lo relativo al financiamiento del defensor del usuario y **Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara**, por medio de la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007.

Señor Presidente:

En cumplimiento de la designación que nos fue encomendada, presentamos el pliego de modificaciones e informe para segundo debate a la Plenaria del Senado de la República al Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 106 de 2010 Cámara y sus acumulados, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, Proyecto de ley número, 111 de 2010 Cámara y Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental y Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

TRÁMITE EN PRIMER DEBATE

En Sesiones Ordinarias Conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes

del Congreso de la República, de los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), veintitrés (23), veinticuatro (24) y veinticinco (25) de noviembre de dos mil diez (2010), fueron considerados los tres (3) informes de ponencia para primer debate y el texto propuesto al **Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones y sus acumulados los **Proyectos de ley números 95 de 2010 Senado**, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. **Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado**, por medio de la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención, **Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado**, por la cual se reforma parcialmente la Ley 1122 de 2007 y se dictan otras disposiciones, **Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado**, por medio de la cual se modifica parcialmente el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, **Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado**, por medio de la cual se contribuye al fortalecimiento de las condiciones laborales y humanas de los estudiantes, trabajadores y profesionales de la salud y se fomenta la participación ciudadana en la prestación y administración de los servicios de salud, **Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado**, por medio de la cual se establecen medidas para fortalecer Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; **número 035 de 2010 Cámara, de iniciativa gubernamental**, por medio de la cual se dispone lo relativo al financiamiento del defensor del usuario, **Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara**, por medio de la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, **Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara**, por medio de la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 100 del 26 de diciembre de 1993 y 1122 de 2007 y **Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara**, por la cual se regula el servicio público de seguridad social en salud, se sustituye el Libro II de la Ley 100 de 1993, se adopta el Estatuto Único del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Este proyecto de ley recibió mensaje de urgencia, con solicitud de Sesiones Conjuntas en la fecha 21 de septiembre de 2010. Reiterado noviembre 9 de 2010, autorización sesiones conjuntas según Resoluciones números 047 de septiembre 28 de 2010 Senado y 098 de noviembre 16 de 2010 y Resoluciones números 2774 de octubre 5 de 2010 Cámara y 3173 de noviembre 9 de 2010 Cámara. De acuerdo con este llamado se designaron como ponentes para primer debate:

PONENTES PRIMER DEBATE EN SESIONES SÉPTIMAS CONJUNTAS:

HONORABLES SENADORES PONENTES (10-08-10) (22-09-10)	ASIGNADO (A)	PARTIDO
DILLIAN FRANCISCA TORO TORRES	Coordinadora	Social de Unidad Nal.- La U
JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER	coordinador	Social de Unidad Nal.- La U
ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ	coordinador	Partido de Integración Nacional PIN
GILMA JIMÉNEZ GÓMEZ	Ponente	Partido Verde
FERNANDO EUSTACIO TAMAYO TAMAYO	Ponente	Conservador Colombiano

HONORABLES SENADORES PONENTES (10-08-10) (22-09-10)	ASIGNADO (A)	PARTIDO
GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN	Ponente	Liberal Colombiano
MAURICIO ERNESTO OSPINA GÓMEZ	Ponente	Polo Democrático Alternativo
GERMÁN BERNARDO CARLOSAMA LÓPEZ	Ponente	Movimiento de Autoridades Indígenas
EDUARDO CARLOS MERLANO MORALES	Ponente	Social de Unidad Nacional.- U
HONORABLES REPRESENTANTES PONENTES	ASIGNADO (A)	PARTIDO
ARMANDO ANTONIO ZABARAÍN D'ARCE	coordinador	Conservador Colombiano
DIELA LILIANA BENAVIDES SOLARTE	Ponente	Conservador Colombiano
ELÍAS RAAD HERNÁNDEZ	Ponente	Social de Unidad Nacional.- U
HOLGER HORACIO DÍAZ HERNÁNDEZ	Ponente	Partido de Integración Nacional PIN
LUIS FERNANDO OCHOA ZULUAGA	Ponente	Apertura Liberal
MARTHA CECILIA RAMÍREZ ORREGO	Ponente	Conservador Colombiano
RAFAEL ROMERO PIÑEROS	Ponente	Liberal Colombiano
ALBA LUZ PINILLA PEDRAZA	Ponente	Polo Democrático Alternativo
ÁNGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ	Ponente	Partido Verde

REPRODUCCIÓN MECÁNICA DE LOS INFORMES DE PONENCIAS: Con fecha martes 9 de noviembre de 2010, la señora Presidenta de las Sesiones Séptimas Conjuntas, autorizó a la Secretaría General de dichas comisiones, con base en el inciso 2º del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso, para que diera cumplimiento a la reproducción mecánica allí señalada, como en efecto se hizo, vía correos electrónicos.

En las sesiones ordinarias conjuntas de los días martes dieciséis (16), miércoles diecisiete (17) y jueves dieciocho (18) de noviembre de dos mil diez (2010), según consta en las Actas números 01, 02 y 03, respectivamente, publicadas en las **Gacetas del Congreso** números 933 de 2010, 934 de 2010 y 935 de 2010, fueron debidamente sustentados los tres (3) informes de ponencias rendidos para el primer debate.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5º, del Acto Legislativo 01 de 2009, la aprobación del proyecto en primer debate se realizó con la votación exigida en la Constitución y la ley y se efectuó de manera Pública y Nominal.

Impedimentos: En la sesión del día martes 16 de noviembre de 2010, según consta en el Acta número 01, publicada en la **Gaceta del Congreso** número 933 de 2010, previo al inicio de la discusión de los correspondientes informes de ponencias, ante la Presidencia y por intermedio de la Secretaría de la Comisión, se recibieron solicitudes de declaratorias de impedimentos, por presuntos conflictos de intereses, así:

En la Comisión Séptima del Senado:

HONORABLE SENADORA CLAUDIA JEAN-NETH WILCHES

HONORABLE SENADOR EDISON DELGADO RUIZ

HONORABLE SENADOR MAURICIO ERNESTO OSPINA GÓMEZ.

En la Comisión Séptima de la Cámara:

HONORABLE REPRESENTANTE MARTHA CECILIA RAMÍREZ ORREGO.

HONORABLE REPRESENTANTE LUIS FERNANDO OCHOA ZULUAGA.

HONORABLE REPRESENTANTE ELÍAS RAAD HERNÁNDEZ.

HONORABLE REPRESENTANTE DIELA LILIANA BENAVIDES.

HONORABLE REPRESENTANTE HÓLGER HORACIO DÍAZ HERNÁNDEZ

HONORABLE REPRESENTANTE LIBARDO ENRIQUE GARCÍA GUERRERO

Todas las solicitudes fueron negadas a cada uno, tanto por el Senado como por la Cámara, según consta en el Acta número 01 del martes dieciséis (16) de noviembre de 2010, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 933 de 2010.

– **VOTACIÓN DE LAS PROPOSICIONES CON QUE TERMINARON LOS INFORMES DE PONENCIAS:** Puestos a consideración las proposiciones con que termina cada uno de los tres informes, se obtuvo el siguiente resultado:

Ponencia de las Autoridades Indígenas de Colombia (AICO): *Gaceta del Congreso* número 914 de 2010 (Radicada Nov. 16 de 2010): Informe Sustitutivo (Pidió archivo). **NEGADA.** Con un (01) voto a favor y diez (10) votos en contra, sobre un total de catorce (14) Senadores integrantes de la Comisión Séptima del Senado; en la Comisión Séptima de la Cámara. Con un (01) voto a favor y diecisiete (17) votos en contra, sobre un total de diecinueve (19) integrantes.

Ponencia del Polo Democrático Alternativo: *Gaceta del Congreso* número 914 de 2010 (Radicada Nov. 12 de 2010): Informe Sustitutivo (Pidió archivo). **NEGADA.** Con un (01) voto a favor y diez (10) votos en contra, sobre un total de catorce (14) Senadores integrantes de la Comisión Séptima del Senado; en la Comisión Séptima de la Cámara. Con un (01) voto a favor y diecisiete (17) votos en contra, sobre un total de diecinueve (19) integrantes.

Ponencia Mayoritaria Conjunta: *Gaceta del Congreso* número 913 de 2010 (Radicada Nov. 11 de 2010): Informe Base de conformidad con el artículo 171 del Reglamento Interno del Congreso. Pidió debatir las iniciativas acumuladas. **APROBADA.** Con diez (10) votos a favor y uno (01) voto en contra, sobre un total de catorce (14) Senadores integrantes de la Comisión Séptima del Senado; en la Comisión Séptima de la Cámara, con diecisiete (17) votos a favor y uno (01) en contra, sobre un total de diecinueve (19) integrantes.

DISCUSIÓN Y VOTACIÓN DEL ARTICULO. TÍTULO Y DESEOS DE LAS COMISIONES PARA QUE EL PROYECTO PASARA A SEGUNDO DEBATE: Se realizó durante las sesiones de los días 23, 24 y 25 de noviembre de 2010, según consta en las Actas Conjuntas números 04, 05 y 06 respectivamente. Puesto a consideración el articulado, este fue aprobado de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5º, Acto Legislativo 01 de 2009. La aprobación del Proyecto en Primer Debate se realizó con la Votación exigida en la Constitución y la ley y se efectuó de manera Pública y Nominal.

PROPOSICIONES PRESENTADAS EN PONENCIA PARA PRIMER DEBATE LAS CUALES FUERON NEGADAS.

Durante las comisiones conjuntas se presentaron diversas proposiciones referente a los distintos artículos que componen el proyecto de ley, entre las cuales se reconocen algunas proposiciones que fueron negadas, tales como: proposiciones sobre principios y fundamentos del Sistema tendientes a cambiar el modelo de aseguramiento por uno de provisión pública, se discutió y se decidió no incorporar el principio de Pro Homine como uno de los lineamientos rectores del Sistema, ni acoger definiciones sobre salud, salud pública, promoción de la salud, seguridad social, sistema integrado de seguridad social en salud, atención primaria integral en salud, acción intersectorial-transectorial. Se discutieron y negaron artículos nuevos sobre limitaciones de cuotas moderadoras y copagos para algunas patologías, fuentes alternativas de recursos para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud, materialización financiera del derecho a la salud, central única de recaudo y una disposición para hacer pública información administrativa de las EPS 60 días después de la entrada en vigencia de esta ley. Otras disposiciones que fueron discutidas y negadas por los honorables congresistas tratan sobre, las estructuras del sistema único de atención primaria en salud integral, los consejos territoriales de atención primaria de salud integral y de las direcciones institucionales de atención primaria de salud integral.

CONTROL DE VOTACIÓN

PROYECTO DE LEY NÚMERO 01 DE 2010
SENADO, 106 DE 2010 CÁMARA
Y ACUMULADOS – REFORMAS AL SISTEMA
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. OBJETO DE LA LEY.	APROBADO NOV. 23 de 2010, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DE LOS PONENTES, QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.
Artículo 2º. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	APROBADO NOV. 23 de 2010, SEGÚN NUEVA PROPOSICIÓN QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.
Artículo 3º. RECTORÍA DEL SECTOR SALUD.	APROBADO NOV. 23 de 2010, SEGÚN NUEVA PROPOSICIÓN QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.
Artículo 4º. COMPETENCIAS DE LOS DISTINTOS NIVELES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.	APROBADO NOV. 23 de 2010, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA. APROBADO COMO ORGÁNICO, CON LA MAYORÍA EXIGIDA EN EL Artículo 151 CONSTITUCIONAL Y 206.5 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL CONGRESO.

TÍTULO II

SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

CAPÍTULO I

Salud Pública

Artículo 5º. PLAN DECENAL PARA LA SALUD PÚBLICA.	APROBADO NOV. 23 de 2010, SEGÚN NUEVA PROPOSICIÓN QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.
Parágrafo TRANSITORIO.	
Artículo 6º. OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD	APROBADO NOV. 23 de 2010, SEGÚN NUEVA PROPOSICIÓN QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.
Artículo 7º. FUNCIONES DEL OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD.	APROBADO NOV 23 de 2010, SEGÚN NUEVA PROPOSICIÓN QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.

CAPÍTULO II

Acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención

Artículo 8°. USO DE LOS RECURSOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Parágrafo.	APROBADO NOV. 23 DE 2010, SEGÚN NUEVA PROPOSICIÓN QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.
Artículo 9°. CONTRATACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.	APROBADO NOV. 23 DE 2010, SEGÚN NUEVA PROPOSICIÓN QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.

CAPÍTULO III

Atención primaria en salud

Artículo 10. DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 11. IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 12. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL. Parágrafo 1°. Parágrafo 2°.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 13. FORTALECIMIENTO DE LA BAJA COMPLEJIDAD.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 14. EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 15. FUNCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – EBAPS.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

TÍTULO III

SALUD PREVALENTE Y DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Artículo 16. SALUD PREVALENTE.	APROBADO NOV. 24 DE 2010.
Artículo 17. SERVICIOS Y MEDICAMENTOS PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD Y ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. REABIERTO NOV. 24 de 2010. VOTADO Y APROBADO SEGÚN NUEVA PROPOSICIÓN.
Artículo 18. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS.	APROBADO NOV. 24 DE 2010.
Artículo 19. CORRESPONSABILIDAD.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 20. OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS, MALTRATO O DESCUIDO.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

TÍTULO IV

ASEGURAMIENTO

CAPÍTULO IV

Disposiciones generales

Artículo 21. PORTABILIDAD NACIONAL. Parágrafo TRANSITORIO.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 22. COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 23. CONFORMACIÓN DE LA JUNTA TÉCNICA-CIENTÍFICA DE PARES.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 24. REESTRUCTURACIÓN DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.	SUPRIMIDO. NOVIEMBRE 24 de 2010.
Artículo 25. PRESCRIPCIÓN DEL DERECHO A SOLICITAR REEMBOLSO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 26. REASEGURO DE SALUD.	SUPRIMIDO. NOVIEMBRE 24 de 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

CAPÍTULO V

Administración del Régimen Subsidiado

Artículo 27. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Parágrafo TRANSITORIO 1°.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. REABIERTO NOV. 24 DE 2010. VOTADA Y NEGADA LA NUEVA PROPOSICIÓN. QUEDÓ IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 28. ASEGURAMIENTO EN TERRITORIOS CON POBLACIÓN DISPERSA GEOGRÁFICAMENTE.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 29. MECANISMO DE RECAUDO Y GIRO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Parágrafo 1°. Parágrafo 2°. Parágrafo 3°. Parágrafo TRANSITORIO 1°. TÉRMINO PARA LA LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS. Parágrafo TRANSITORIO 2°. DEUDAS POR CONCEPTO DE CONTRATOS LIQUIDADOS.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. CON PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DE LOS PONENTES.
Artículo 30. LIQUIDACIÓN EXPEDITA DE CONTRATOS	SUPRIMIDO. PROPOSICIÓN DE NOV. 25 de 2010. QUEDÓ CONTENIDO EN TEXTO APROBADO NOVIEMBRE 24 de 2010, AL ARTÍCULO 29.

CAPÍTULO VI

Universalización del aseguramiento

Artículo 31. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO. Parágrafo. Parágrafo TRANSITORIO.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 32. PRESUNCIÓN DE CAPACIDAD DE PAGO Y DE INGRESOS.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 33. SUBSIDIO PARCIAL A LA COTIZACIÓN.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 34. PERMANENCIA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 35. PLANES DE BENEFICIOS PARCIALES.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.

CAPÍTULO VII

Planes voluntarios de salud

Artículo 36. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. "Artículo 169. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. REABIERTA LA VOTACIÓN NOV. 24 DE 2010. RETIRADA LA PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DEL POLO DEMOCRÁTICO
Artículo 37. ESTÍMULO A LA CREACIÓN DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 38. COBERTURAS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 39. PROTECCIÓN AL USUARIO.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.

TÍTULO V

FINANCIAMIENTO

Artículo 40. FINANCIACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD PÚBLICA, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.	APROBADO NOV. 25 DE 2010, IGUAL QUE LA PONENCIA CON PROPOSICIÓN ADITIVA QUE REPOSA EN EXPEDIENTE. APROBADO COMO ORGÁNICO, CON LA MAYORÍA EXIGIDA EN EL ARTÍCULO 151 CONSTITUCIONAL Y 206.5 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL CONGRESO.
--	---

Artículo 41. DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES.	APROBADO NOV. 25 DE 2010, IGUAL QUE LA PONENCIA CON PROPOSICIÓN ADITIVA QUE REPOSA EN EXPEDIENTE. APROBADO COMO ORGÁNICO , CON LA MAYORÍA EXIGIDA EN EL ARTÍCULO 151 CONSTITUCIONAL Y 206.5 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL CONGRESO. VOTADO EN BLOQUE CON EL ARTÍCULO 42.
Artículo 42. RECURSOS PARA ASEGURAMIENTO.	APROBADO NOV. 25 DE 2010, IGUAL QUE LA PONENCIA CON PROPOSICIÓN ADITIVA QUE REPOSA EN EXPEDIENTE. APROBADO COMO ORGÁNICO , CON LA MAYORÍA EXIGIDA EN EL Artículo 151 CONSTITUCIONAL Y 206.5 DEL REGLAMENTO INTERNO DEL CONGRESO.
Artículo 43. FINANCIACIÓN ADICIONAL DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.	APROBADO NOV. 25 DE 2010, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DE LOS PONENTES. CON CONSTANCIA PARA SEGUNDO DEBATE DE LA HR. GLORIA STELLA DÍAZ.
Artículo 44. RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Parágrafo.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 45. SEGURO DE SALUD POR DESEMPLEO.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 46. IMPUESTO SOCIAL A LAS ARMAS Y MUNICIONES. "Artículo 224.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 47. RECURSOS DESTINADOS PARA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN SUBSIDIADA POR DEPARTAMENTOS, DISTRITOS Y MUNICIPIOS.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 48. FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD (FONSAET). Parágrafo.	APROBADO NOV. 24 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 49. RETENCIÓN EN LA FUENTE DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. (A 01h: 30' de la sesión).	APROBADO NOV. 25 DE 2010, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DE LOS PONENTES.

TÍTULO VI
DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD
CAPÍTULO VIII
Disposiciones generales

Artículo 50. CONTRATACIÓN POR CAPITACIÓN. PARÁGRAFO TRANSITORIO.	APROBADO NOV. 25 DE 2010, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 51. PROHIBICIÓN DE LIMITACIONES AL ACCESO.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 52. PAGOS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 53. HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Parágrafo.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 54. FUSIONES.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 55. OPERACIÓN CON TERCEROS.	

CAPÍTULO IX
Redes de prestación de servicios

Artículo 56. DE LAS MODALIDADES DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD.	APROBADO NOV. 25 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
---	---

Artículo 57. CONFORMACIÓN DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD.	APROBADO NOV. 25 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 58. CRITERIOS DETERMINANTES PARA LA CONFORMACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 59. COORDINACIÓN DE LA RED.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

CAPÍTULO X

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Púlicas y Empresas Sociales del Estado

Artículo 60. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE HOSPITALES PÚBLICOS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 61. DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. Parágrafo 1°. Parágrafo 2°. Parágrafo 3°.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 62. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 63. ELECCIÓN Y EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES.	APROBADO NOV. 25 DE 2010. SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 64. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 65. EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN DEL DIRECTOR O GERENTE DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 66. METODOLOGÍA DE REPORTE DE INGRESOS, GASTOS Y COSTOS DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 67. CONTRATACIÓN CON INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.	SUPRIMIDO. NOVIEMBRE 25 de 2010. MEDIANTE PROPOSICIÓN.
Artículo 68. EFICIENCIA Y TRANSPARENCIA EN CONTRATACIÓN, ADQUISICIONES Y COMPRAS DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 69. SANEAMIENTO DE CARTERA.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 70. FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN ZONAS ALEJADAS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 71. DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO. Parágrafo.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 72. ADOPCIÓN DE PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO. Parágrafo.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 73. INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL. Parágrafo.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 74. RECURSOS DE CRÉDITO PARA EL REDISEÑO, MODERNIZACIÓN Y REORGANIZACIÓN DE LOS HOSPITALES DE LA RED PÚBLICA PARA DESARROLLO DE LAS REDES TERRITORIALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.

Artículo 75. SANEAMIENTO DE PASIVOS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 76. DEL PASIVO PRESTACIONAL DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.	SUPRIMIDO. NOVIEMBRE 25 de 2010. MEDIANTE PROPOSICIÓN.
Artículo 77. SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES.	APROBADO NOV. 25 DE 2010

CAPÍTULO XI

Medicamentos e insumos médicos

Artículo 78. POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 79. COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS -CNPM-.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 80. NEGOCIACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS.	APROBADO NOV. 25 DE 2010- SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 81. GARANTÍA DE LA CALIDAD DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.	APROBADO NOV. 25 DE 2010- SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 82. GARANTÍA DE LA COMPETENCIA.	APROBADO NOV. 25 DE 2010- SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

CAPÍTULO XII

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Artículo 83. INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 84. OBJETIVOS DEL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 85. REFERENTES BASADOS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 86. DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.	APROBADO NOV. 25 DE 2010- SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 87. DE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN.	APROBADO NOV. 25 DE 2010- SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

CAPÍTULO XIII

Talento Humano

Artículo 88. DE LA POLÍTICA DE TALENTO HUMANO.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 89. DE LA FORMACIÓN CONTINUA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 90. DE LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 91. HOSPITALES UNIVERSITARIOS. Parágrafo TRANSITORIO.	APROBADO NOV. 25 DE 2010- SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 92. DEL SERVICIO SOCIAL VOLUNTARIO.	SUPRIMIDO. NOVIEMBRE 25 de 2010. MEDIANTE PROPOSICIÓN.
Artículo 93. DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DEL ÁREA DE LA SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 94. CONTRATACIÓN DEL PERSONAL MISIONAL: PARÁGRAFO TRANSITORIO.	APROBADO NOV. 25 DE 2010- SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 95. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL:	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
“Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.	

Artículo 96. AUTONOMÍA PROFESIONAL	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 97. PROHIBICIÓN DE PREBENDAS O DÁDIVAS A TRABAJADORES EN EL SECTOR DE LA SALUD. Parágrafo 1°. Parágrafo 2°.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.

CAPÍTULO XIV

Calidad y sistemas de información

Artículo 98. INDICADORES EN SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 99. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 100. ARTICULACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 101. SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO DEL SECTOR SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 102. OBLIGACIÓN DE REPORTAR.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 103. INDICADORES DE SALUD SOBRE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 104. RESTRICCIONES POR LA NO PROVISIÓN DE INFORMACIÓN.	APROBADO NOV. 25 DE 2010- SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 105. ANÁLISIS DE CONDICIONES DE MERCADO A NIVEL REGIONAL.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.

TÍTULO VII

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 106. DESCONCENTRACIÓN.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. REABIERTA LA VOTACIÓN EL 25 DE NOVIEMBRE. TEXTO DEFINITIVO APROBADO, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DEL SENADOR CORREA.
Artículo 107. RECURSOS PARA FORTALECER LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. Parágrafo TRANSITORIO.	APROBADO NOV. 25 DE 2010, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DEL SENADOR CORREA.
Artículo 108. RECURSOS POR MULTAS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 109. SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. REABIERTA LA VOTACIÓN EL 25 DE NOVIEMBRE. TEXTO DEFINITIVO APROBADO, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DEL SENADOR CORREA.
Artículo 110. PRESENTACIÓN DE INFORMES FINANCIEROS DE LAS ENTIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 111. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL A LOS DEBERES DE LOS EMPLEADORES.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.

Artículo 112. EJE DE ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 113. CESACIÓN PROVISIONAL.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 114. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 115. MEDIDAS CAUTELARES EN LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 116. PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO. Parágrafo.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 117. CONDUCTAS QUE VULNERAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD. Parágrafo.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. REABIERTA LA VOTACIÓN EL 25 DE NOVIEMBRE. TEXTO DEFINITIVO APROBADO, SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA DEL SENADOR CORREA.
Artículo 118. VALOR DE LAS MULTAS POR CONDUCTAS QUE VULNERAN EL GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 119. MULTAS POR INFRACCIONES AL RÉGIMEN APLICABLE AL CONTROL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 120. MULTAS POR NO PAGO DE LAS ACREENCIAS POR PARTE DEL FOSYGA O LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. Parágrafo.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 121. DOSIFICACIÓN DE LAS MULTAS.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.

TÍTULO VIII DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA

Artículo 122. POLÍTICA NACIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - SEGÚN PROPOSICIÓN MODIFICATIVA.
Artículo 123. DEFENSOR DEL USUARIO DE LA SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 124. ANTITRÁMITES EN SALUD.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 125. DEBERES Y OBLIGACIONES.	APROBADO NOV. 25 DE 2010 - CONFORME AL TEXTO DE LA PONENCIA.

TÍTULO IX OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 126. ENFERMEDADES HUÉRFANAS. "Artículo 2°. DENOMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS. Parágrafo.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 127. DIFUSIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA LEY.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA.
Artículo 128. COMPILACIÓN.	APROBADO EN BLOQUE NOV. 23 DE 2010. IGUAL AL TEXTO DE LA PONENCIA. REABIERTA LA VOTACIÓN, EL 25 DE NOV. DE 2010, FUE SUPRIMIDO
Artículo 129. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.	APROBADO CON MODIFICACIONES, SEGÚN PROPOSICIÓN QUE REPOSA EN EXPEDIENTE.

ARTÍCULOS ORGÁNICOS: Con el cumplimiento de los requisitos fijados en el artículo 151 Constitucional y 206.5 del Reglamento Interno del Congreso (aprobación con mayoría absoluta), fueron votados como orgánicos los siguientes artículos: 4°, 40, 41 y 42 del articulado sometido a discusión y votación, los cuales corresponden en el Texto Definitivo aprobado, a los siguientes artículos: 4°, 38, 39 y 40.

ARTÍCULOS NUEVOS: Se aprobaron diecisiete (17) artículos, de los cuales catorce (14) fueron aprobados al finalizar la sesión del día jueves 25 de noviembre de 2010 (Acta número 06), los cuales anteceden al Artículo de la vigencia. Sobre estas catorce (14) artículos es importante señalar que fueron efectivamente aprobados, para que la Comisión de ponentes, antes de rendir el informe de ponencia para segundo debate, decida si los modifica, si los suprime o si en su defecto los mantiene en el articulado para el segundo debate.

ARTÍCULOS SUPRIMIDOS: En total se suprimieron siete (7) artículos (24, 26, 30, 67, 76, 92 y 128).

VIGENCIA: Con las adiciones, al texto presentado por los ponentes, presentadas por la honorable Representante Gloria Stella Díaz Ortiz, puesta a consideración y votación esta fue aprobada con nueve (9) votos a favor; NINGUNO EN CONTRA Y NINGUNA ABSTENCIÓN, sobre un total de catorce (14) Senadores integrantes de la Comisión Séptima del Senado; en la Comisión Séptima de la Cámara, fue aprobado con DIECISEIS (16) votos a favor; ninguno en contra y ninguna abstención, sobre un total de diecinueve (19) integrantes.

– **TÍTULO DEL PROYECTO:** Puesto a consideración el título del proyecto, este fue aprobado de la siguiente manera: "por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" tal como aparece en la proposición con la cual termina el informe de ponencia para primer debate publicado en la **Gaceta del Congreso** número 913 de 2010, con NUEVE (09) votos a favor; NINGUNO EN CONTRA Y NINGUNA ABSTENCIÓN, sobre un total de catorce (14) Senadores integrantes de la Comisión Séptima del Senado; en la Comisión Séptima de la Cámara, fue aprobado con DIECISEIS (16) votos a favor; ninguno en contra y ninguna abstención, sobre un total de diecinueve (19) integrantes.

DESEO DE LAS COMISIONES SÉPTIMAS CONJUNTAS PARA QUE EL PROYECTO PASE A SEGUNDO DEBATE:

Preguntadas las Comisiones si deseaban que el proyecto tuviera segundo debate, estas respondieron afirmativamente. Fue aprobado con NUEVE (09) votos a favor; NINGUNO EN CONTRA Y NINGUNA ABSTENCIÓN, sobre un total de catorce (14) Senadores integrantes de la Comisión Séptima del Senado; en la Comisión Séptima de la Cámara, fue aprobado con DIECISEIS (16) votos a favor; ninguno en contra y ninguna abstención, sobre un total de diecinueve (19) integrantes.

– Seguidamente, la señora Presidenta de la Comisión Séptima del Senado, **en estrado**, designó ponentes para segundo debate, a las mismas y mismos Senadores que actuaron como ponentes para el primer debate; en la Comisión Séptima de la Cámara, la señora Presidenta, **en estrado**, manifestó que los designaría posteriormente.

ANUNCIOS PARA DISCUSIÓN Y VOTACIÓN: El anuncio para discusión y votación en primer debate del Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara y sus ACUMULADOS, se hizo

en las siguientes sesiones: Anuncio jueves dieciocho (18) de noviembre de 2010, Acta número 03; martes 23 de noviembre de 2010, Acta número 04; miércoles 24 de noviembre de 2010, Acta número 05; conforme a lo dispuesto en el artículo 8°, del Acto Legislativo número 001 de 2003, (último inciso del artículo 160 Constitución Política).

La relación completa del primer debate, en sesiones conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, se halla consignada en las Actas números 01, 02, 03, de los días martes dieciséis (16), miércoles diecisiete (17), jueves dieciocho de noviembre de 2010, publicadas en las Gacetas del Congreso números 933 de 2010, 934 de 2010 y 935 de 2010 y en las Actas números 04, 05 y 06 de los días martes veintitrés, miércoles veinticuatro, jueves veinticinco de noviembre de dos mil diez (2010), sin publicar en Gaceta a la fecha de la presente sustanciación.

INICIATIVA: HONORABLES SENADORA DI-LIAN FRANCISCA TORO TORRES y JORGE ELIÉ-CER BALLESTEROS BERNIER (PROYECTO DE LEY NÚMERO 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 CÁMARA).

Publicación de Proyectos Originales:

Publicación Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado: **Gaceta del Congreso número 435 de 2010**

Publicación Proyecto de ley número 095 de 2010 Senado: **Gaceta del Congreso número 522 de 2010**

Publicación Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado: **Gaceta del Congreso número 608 de 2010**

Publicación Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado: **Gaceta del Congreso número 612 de 2010**

Publicación Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado: **Gaceta del Congreso número 710 DE SEP. 29 DE 2010**

Publicación Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado: **Gaceta del Congreso número 710 DE SEP. 29 DE 2010**

Publicación Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado: **Gaceta del Congreso número 811 DEL 26 DE OCTUBRE DE 2010**

Publicación Proyecto de ley número 035 de 2010 Cámara: **Gaceta del Congreso número 476 DEL 02 DE AGOSTO DE 2010**

Publicación Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara: **Gaceta del Congreso número 619 DEL 09 DE SEP. DE 2010**

Publicación Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara: **Gaceta del Congreso número 722 DEL 30 DE SEP. DE 2010**

Publicación Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara: **Gaceta del Congreso número 818 DEL 26 DE OCTUBRE DE 2010**

Publicación de Informes de Ponencias para Primer Debate Sesiones Conjuntas:

Ponencia Mayoritaria Conjunta: ***Gaceta del Congreso*** número 913 de 2010 (Radicada Nov. 11 de 2010): Informe Base de conformidad con el artículo 171 del Reglamento Interno del Congreso. Pidió debatir las iniciativas acumuladas.

Ponencia del Polo Democrático Alternativo: ***Gaceta del Congreso*** número 914 de 2010 (Radicada Nov. 12 de 2010): Informe Sustitutivo (Pidió archivo).

Ponencia de la Alianza Social Indígena: ***Gaceta del Congreso*** número 914 de 2010 (Radicada Nov. 16 de 2010): Informe Sustitutivo (Pidió archivo).

Número de Artículos Proyecto Original 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara: (108) artículos.

Número de Artículos Texto Propuesto Ponencia Mayoritaria Conjunta: Ciento Veintinueve (129)

Número de Artículos Aprobados Primer Debate: Ciento Treinta y Ocho (138) artículos.

PUBLICACIÓN Y APROBACIÓN DE ACTAS

CONJUNTAS: Las Actas números 01, 02 y 03 conjuntas, correspondientes a las sesiones de los días 16, 17 y 18 de noviembre de 2010, aparecen publicadas en las ***Gacetas del Congreso*** números 933, 934 y 935 de 2010. Estas fueron aprobadas, sin observaciones de ninguna clase, en la sesión del día miércoles 24 de noviembre de 2010, tal como consta en el Acta Conjunta número 04 de esa fecha. Mediante proposición que reposa en el expediente, con base en el inciso 5° del artículo 35 del Reglamento Interno del Congreso, la Mesa Directiva de las Comisiones Séptimas Conjuntas, fue autorizada para aprobar estas últimas tres actas, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en la proposición de autorización.

CONSTANCIAS: Las diferentes constancias que fueron presentadas durante el DEBATE (Discusión y Votación), se insertaron en el Acta número 06 del jueves veinticinco (25) de noviembre de dos mil diez (2010), de conformidad con el artículo 133 del Reglamento Interno del Congreso.

El presente texto definitivo aprobado en primer debate consta de NUEVE (09) Títulos, CATORCE (14) Capítulos y CIENTO TREINTA Y NUEVE (139) Artículos.

PLIEGO DE MODIFICACIONES

En armonía con lo antes escrito en la presente ponencia, consideramos necesario introducir algunos ajustes mínimos sobre la redacción del proyecto, y por ello a continuación presentamos las modificaciones propuestas:

1. **Artículo Nuevo.** Se incluye un artículo nuevo que determina la orientación que debe tener el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá dirigirse a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Determinando la obligación de definir metas e indicadores de resultados en salud a todos los actores del Sistema.

2. **Artículo 7°.** Se elimina el párrafo segundo por corresponder a una función del Observatorio de Salud que ya estaba incluido en el artículo 8°.

3. **Artículo 10.** Se corrige la palabra habilitada por conformadas, con el fin de aclarar que la habilitación de las redes se realizará en el caso de los municipios por parte de las Entidades Territoriales Departamentales. De igual manera se corrige la función de los municipios la cual no será definir las redes sino articularlas. En este mismo sentido se deja la claridad que las Entidades Departamentales serán las competentes de habilitar las redes integradas de salud articuladas por los municipios.

4. **Artículo 14.** Se determina que los Entes Territoriales Departamentales tendrán la facultad de definir los requisitos para habilitar la conformación de los Equipos Básicos de Salud y se renombran a los equipos básicos de salud.

5. **Artículo Nuevo.** Se incluye un artículo nuevo en el cual se dispone la atención integral para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual incluyendo los servicios de salud física y mental disponiendo que estos servicios no generarán ningún tipo de cobros.

6. **Artículo 24.** En este artículo se aclara que el término de cinco (5) días es el término para que la junta técnica científica de pares se pronuncie sobre el concepto emitido por el Comité Técnico-Científico.

7. **Artículo 28.** El inciso tercero del párrafo transitorio 1 se traslada como inciso segundo del párrafo transitorio 2 para dejar claridad que este se refiere a la totalidad del artículo. El inciso quinto del párrafo transitorio 1 se reorganizó en el artículo 50 que se refiere al pago de prestadores de servicios de salud.

8. **Artículo 29.** Este artículo se reorganizó la redacción para tener mayor claridad.

9. **Artículo 30.** Se modifica toda vez que los mecanismos de ingresar al subsidiado son múltiples distintos al Sisbén.

10. **Artículo 130.** Se reorganizó este artículo en el Capítulo IV del Título IV y se reorganizó la redacción.

11. **Artículo 34.** Se suprime la palabra económicas, con el fin de dar claridad que las prestaciones de los planes complementarios y de medicina prepagada serán de carácter asistencial.

12. **Artículo 39.** Se suprime en los numerales 4, 5 y 6, la referencia a que sus acciones se articularán con la estrategia de Atención Primaria en Salud, dado que el enunciado del artículo hace referencia al tema. Además, se hace una modificación en el numeral 8 para dar mayor claridad.

13. **Artículo Nuevo.** Se incluye un artículo nuevo en el cual se dispone el aporte de las Administradoras de Riesgos Profesionales para la atención de acciones de Promoción y Prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

14. **Artículo 40.** En aras de dar mayor claridad a los recursos que financiarán el Régimen Subsidiado se cambio la redacción de este.

15. **Artículo 41.** En aras de dar mayor claridad a los recursos que financiarán el Régimen Contributivo se cambio la redacción de este.

16. **Artículo 42.** Se hace una aclaración en el artículo en términos de que estos recursos financiarán acciones de promoción y prevención.

17. **Artículo 46.** Se hizo claridad que los Hospitales Públicos aportarán al FONSAET, hasta el 10% de los recursos de oferta, y 0.15 puntos de los 3 puntos adicionales para Salud del Sistema General de Participaciones.

18. **Artículo 47.** Se modifica la redacción para dar mayor claridad.

19. **Artículo 125.** Se reorganiza en el Capítulo I del Título VI, y se modificó el título del artículo para mayor claridad.

20. **Artículo 50.** Se adicionó el inciso quinto del párrafo transitorio 1 que se refiere al pago de prestadores de servicios de salud.

21. **Artículo 51.** Con el fin de dar mayor cualificación a los servicios oncológicos estos serán habilitados por el Gobierno Nacional.

22. **Artículo 52.** Se elimina porque ya la legislación vigente contempla este artículo.

23. **Artículo 132.** Se reorganiza en el Capítulo II del Título VI, y se modificó el título del artículo para mayor claridad.

24. **Artículo Nuevo.** Se incluye un artículo respecto al Trámite de Glosas, dado que se está regulando el tema de pagos dejando sin regulación la fase posterior al cobro por parte de los prestadores de servicios de salud, generando demoras en los pagos.

25. **Artículo 60.** Se incluyen los prestadores de primer nivel dado el énfasis de la reforma en la Atención Primaria en Salud.

26. **Artículo 67.** Se incluyó un nuevo inciso, con el fin de que se ajuste a la Ley de Contratación vigente.

27. **Artículos 84 y 85.** Se modifica la redacción con el fin de dar claridad que los Protocolos y Guías de Atención serán referentes basados en evidencia científica.

28. **Artículo 89.** Se suprime el tema de bioequivalencias; dado que de manera generalizada este tema no se puede aplicar a todas las moléculas, dado que la Comisión Revisora de Medicamentos es la que determinará cuáles moléculas y en qué momento es pertinente este tipo de análisis.

29. **Artículo Nuevo.** Se incluye un artículo nuevo, con el fin de establecer pautas para los costos de las matrículas de los residentes de programas de especialización clínica.

30. **Artículo 91.** Se hace claridad en que serán las Instituciones Públicas Prestadoras de Salud.

31. **Artículo Nuevo.** Se incluye un artículo nuevo que busca la garantía de calidad y resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud, en desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

32. **Artículo 97.** Se da mayor claridad a la articulación de la base de datos de Salud con la Registraduría Nacional del Estado Civil. Además, se incluye un párrafo transitorio que establece la creación de la historia clínica única electrónica.

33. **Artículo 99.** Se incluye a las Cajas de Compensación Familiar y las Administradoras de Riesgos Profesionales, con el fin de dar mayor claridad al artículo.

34. **Artículo 104.** Se incluye un párrafo transitorio para permitir la operativización mientras se reglamenta lo dispuestos en este artículo.

35. **Artículo 106.** Se incluye en el numeral 1 a las Administradoras de Riesgos Profesionales, en el caso de actividades en salud.

36. **Artículo 115.** Se establece un monto de multas con el objetivo de que esta sea efectivamente recaudada.

37. **Artículo 117.** Se cambia en concordancia con lo establecido en el numeral anterior.

38. Se reorganizaron los artículos nuevos aprobados durante el primer debate de acuerdo al tema que abarcaban.

39. **Artículo 136.** Se incluye un inciso respecto a la reglamentación de unos artículos con el fin de operativizarlos.

A continuación se anexa el cuadro comparativo que refleja las modificaciones que se presentaron para esta ponencia:

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
	<p>Artículo nuevo - (Artículo 2°). <i>Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</i> El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.</p> <p>Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del Sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil. 2. Incidencia de enfermedades de interés en salud pública. 3. Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo. 4. Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles. 5. Acceso efectivo a los servicios de salud. <p>Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores. Cuando los resultados de esta evaluación muestren que los resultados en salud son deficientes, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán y determinarán las medidas a seguir.</p>
<p>Artículo 7°. <i>Observatorio de salud.</i> El Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del observatorio Nacional de Salud, el equipo técnico y humano para su funcionamiento y apropiará los recursos para su implementación.</p> <p>El Observatorio Nacional de Salud será el responsable de hacer monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial. Los resultados y tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión y resultados de todos los actores del sistema.</p>	<p>Artículo 8°. <i>Observatorio de salud.</i> El Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del observatorio Nacional de Salud, el equipo técnico y humano para su funcionamiento y apropiará los recursos para su implementación.</p>
<p>Artículo 10. <i>Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención.</i> Las Acciones de Salud Pública y Promoción y Prevención, serán ejecutadas en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las Entidades Territoriales a los que se refiere el presente artículo, continuarán girándose y manejándose en la Cuentas Maestras de que trata el Literal b), del artículo 13, de la Ley 1122 del 2007.</p> <p>Los Gobernadores y Alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las Redes Habilitadas en el espacio poblacional determinado por el Municipio con base en la Reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de atención primaria en salud.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud, garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.</p>	<p>Artículo 11. <i>Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención.</i> Las Acciones de Salud Pública y Promoción y Prevención serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las Entidades Territoriales a los que se refiere el presente artículo, continuarán girándose y manejándose en las Cuentas Maestras de que trata el Literal B, del artículo 13, de la Ley 1122 del 2007. Los Gobernadores y Alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las Redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el Municipio con base en la Reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de atención primaria en salud.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud, garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.</p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>Las redes definidas por los Municipios y la Entidades Promotoras de Salud, son los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>La contratación incluirá la cobertura por grupo etario, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento que se verificarán con los registros individuales de prestación de servicios (RIPS).</p> <p>Parágrafo transitorio. Hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la contratación de las acciones colectivas de Salud Pública, continuará contratándose de acuerdo con las normas vigentes a la promulgación de la presente ley.</p>	<p>Las redes <u>articuladas</u> por los Municipios y la Entidades Promotoras de Salud son los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán habilitadas por <u>las entidades departamentales competentes</u>, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>La contratación incluirá la cobertura por grupo etario, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento que se verificarán con los registros individuales de prestación de servicios (RIPS).</p> <p>Parágrafo transitorio. Hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la contratación de las acciones colectivas de Salud Pública, continuará <u>ejecutándose</u> de acuerdo con las normas vigentes a la promulgación de la presente ley.</p>
<p>Artículo 14. Equipos básicos de salud. La Autoridad Sanitaria Territorial, conforme a la reglamentación del Ministerio de la Protección Social, definirá los requisitos óptimos para habilitar la conformación de los <u>Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud-EBAPS-</u>, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.</p> <p>La constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano. Los equipos básicos deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.</p>	<p>Artículo 15. Equipos básicos de salud. El ente territorial, conforme a la reglamentación del Ministerio de la Protección Social, definirá los requisitos óptimos para habilitar la conformación de los Equipos Básicos de Salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.</p> <p>La constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano. Los equipos básicos deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.</p>
<p>Artículo 22. Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud (...)</p> <p>Parágrafo. Lo previsto en este artículo se reglamentará para que el porcentaje máximo de administración entre a regir a más tardar antes del primero (1°) de enero de 2013.</p>	<p>Artículo 23. Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud (...)</p> <p>Parágrafo. Lo previsto en este artículo se reglamentará para que el porcentaje máximo de administración entre a regir a más tardar antes del primero (1°) de enero de 2013</p>
<p>Artículo 24. Creación de la junta técnica científica de pares. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el plan de beneficios, negada o aceptada por el comité técnico científico de la Entidad Promotora de Salud en el término de 5 días. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.</p> <p>Parágrafo. La conformación de la Junta Técnico-Científica debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones.</p>	<p>Artículo 28. Creación de la junta técnica científica de pares. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el plan de beneficios, negada o aceptada por el comité técnico científico de la Entidad Promotora de Salud; <u>la junta técnica científica de pares tendrá un término de 5 días calendario para emitir el concepto respectivo.</u> La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.</p> <p>Parágrafo. La conformación de la Junta Técnico-Científica debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones.</p>
<p>Artículo 28. Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado. El Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones y los recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>Habrà una cuenta individual por cada distrito, municipio y departamento, en las cuales se registrarán los valores provenientes de los recursos de que trata el inciso anterior, cuyos titulares son las entidades territoriales, las cuales deberán presupuestarlos y ejecutarlos sin situación de fondos. Para estos efectos, se entenderá que las entidades territoriales comprometen el gasto al determinar los beneficiarios de los subsidios y ejecutan la apropiación mediante los giros que realice la Nación de conformidad con la presente ley.</p> <p>De la cuenta individual se girarán directamente estos recursos a las Entidades Promotoras de Salud y/o a los prestadores de servicios de salud. El giro a las Entidades Promotoras de Salud se realizará mediante el pago de una Unidad de Pago por Ca-</p>	<p>Artículo 32. Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado. El Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones y los recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>Habrà una cuenta individual por cada distrito, municipio y departamento, en las cuales se registrarán los valores provenientes de los recursos de que trata el inciso anterior, cuyos titulares son las entidades territoriales, las cuales deberán presupuestarlos y ejecutarlos sin situación de fondos. Para estos efectos, se entenderá que las entidades territoriales comprometen el gasto al determinar los beneficiarios de los subsidios y ejecutan la apropiación mediante los giros que realice la Nación de conformidad con la presente ley.</p> <p>De la cuenta individual se girarán directamente estos recursos a las Entidades Promotoras de Salud y/o a los prestadores de servicios de salud. El giro a las Entidades Promotoras de Salud se realizará mediante el pago de una Unidad</p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>pitación, por cada uno de los afiliados que tenga registrados y validados mediante el instrumento definido para tal fin. En el caso de los prestadores de servicios el giro directo de los recursos se hará con base en el instrumento definido para tal fin.</p>	<p>de Pago por Capitación, por cada uno de los afiliados que tenga registrados y validados mediante el instrumento definido para tal fin. En el caso de los prestadores de servicios, el giro directo de los recursos se hará con base en el instrumento definido para tal fin.</p>
<p>Parágrafo 1°. Los departamentos, distritos y municipios podrán girar a su cuenta, en el sistema de pagos establecido por la Nación o a las Entidades Promotoras de Salud, los recursos que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud con recursos correspondientes al esfuerzo propio territorial y las rentas cedidas, los cuales serán girados a las Entidades Promotoras de Salud para afiliarse aquellas personas que no han sido cubiertas con los recursos administrados por el sistema de pagos contratado por la Nación y/o a los prestadores de servicios de salud por pago de servicios que hayan sido capitados.</p>	<p>Parágrafo 1°. Los departamentos, distritos y municipios podrán girar a su cuenta, en el sistema de pagos establecido por la Nación o a las Entidades Promotoras de Salud, los recursos que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud con recursos correspondientes al esfuerzo propio territorial y las rentas cedidas, los cuales serán girados a las Entidades Promotoras de Salud para afiliarse aquellas personas que no han sido cubiertas con los recursos administrados por el sistema de pagos contratado por la Nación y/o a los prestadores de servicios de salud por pago de servicios que hayan sido capitados.</p>
<p>Parágrafo 2°. Los costos y gastos de la administración, apoyo técnico, auditoría y la remuneración necesaria para financiar el mecanismo previsto en el presente artículo, se pagarán con cargo a los rendimientos financieros de estos o con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, si los primeros no son suficientes.</p>	<p>Parágrafo 2°. Los costos y gastos de la administración, apoyo técnico, auditoría y la remuneración necesaria para financiar el mecanismo previsto en el presente artículo, se pagarán con cargo a los rendimientos financieros de estos o con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, si los primeros no son suficientes.</p>
<p>Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional unificará el sistema de administración y pagos de los recursos de los regímenes contributivo y subsidiado mediante el mecanismo financiero que se determine para tal fin.</p>	<p>Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional unificará el sistema de administración y pagos de los recursos de los regímenes contributivo y subsidiado mediante el mecanismo financiero que se determine para tal fin.</p>
<p>Los giros de recursos de la Nación y aquellos que determine el reglamento podrán hacerse directamente por la Tesorería General de la Nación o el FOSYGA según el caso.</p>	<p>Los giros de recursos de la Nación y aquellos que determine el reglamento podrán hacerse directamente por la Tesorería General de la Nación o el FOSYGA, según el caso.</p>
<p>La forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado serán determinadas por el Gobierno Nacional de forma similar al Régimen Contributivo.</p>	<p>La forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado serán determinadas por el Gobierno Nacional de forma similar al Régimen Contributivo.</p>
<p>Parágrafo transitorio 1°. <i>Término para la liquidación de los contratos.</i> Los Gobernadores o alcaldes y las Entidades Promotoras de Salud procederán en el término de tres (3) meses calendario contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, a liquidar de mutuo acuerdo los contratos suscritos con anterioridad al 1° de abril de 2010. De no realizarse la liquidación dentro de los términos establecidos, la entidad territorial con base en sus soportes y los de la Entidad Promotora de Salud, si los tiene, procederá a la liquidación unilateral dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al vencimiento del término descrito en el presente artículo.</p>	<p>Parágrafo transitorio 1°: <i>término para la liquidación de los contratos.</i> Los Gobernadores o alcaldes y las Entidades Promotoras de Salud procederán en el término de tres (3) meses calendario contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley, a liquidar de mutuo acuerdo los contratos suscritos con anterioridad al 1 de abril de 2010. De no realizarse la liquidación dentro de los términos establecidos, la entidad territorial con base en sus soportes y los de la Entidad Promotora de Salud, si los tiene, procederá a la liquidación unilateral dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al vencimiento del término descrito en el presente artículo.</p>
<p>El incumplimiento de estos términos conllevará el reporte a los organismos de control y a las respectivas sanciones disciplinarias, y el monto del contrato será la cuantía de referencia con la cual se determinará la responsabilidad fiscal del agente del Estado. Del incumplimiento se informará a los organismos de control y vigilancia correspondientes.</p>	<p>El incumplimiento de estos términos conllevará el reporte a los organismos de control y a las respectivas sanciones disciplinarias, y el monto del contrato será la cuantía de referencia con la cual se determinará la responsabilidad fiscal del agente del Estado. Del incumplimiento se informará a los organismos de control y vigilancia correspondientes.</p>
<p>En el evento en que las entidades territoriales no paguen las deudas por contratos liquidados, el Gobierno Nacional en aras de salvaguardar la sostenibilidad del Sistema y la garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese municipio por regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional, los montos adeudados y serán girados a las Entidades Promotoras de Salud respectivas en los términos establecidos en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento para tal fin exigiendo para ello las actas de liquidación donde consten los recursos recaudados.</p>	<p>Parágrafo transitorio 2°. <i>Deudas por concepto de contratos liquidados.</i> El monto a favor de la Entidad Promotora de Salud contenido en el acta de liquidación de mutuo acuerdo de los contratos de administración del Régimen Subsidiado o en el acta de liquidación unilateral vigente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y los que surjan del cumplimiento de la misma, debe ser girado a la Entidad Promotora de Salud, por la Entidad Territorial, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la presente ley, giro que se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el caso en que las Entidades Promotoras de Salud les adeude recursos, el monto restante, si hubiere lugar a ello, se girará a la Empresa Promotora de Salud dentro del mismo plazo.</p>
<p>Sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar las IPSS a las EPSS en caso de la no cancelación de los recursos.</p>	<p>Los saldos que queden a favor del ente territorial serán girados por la Entidad Promotora de Salud a las cuentas maestras, dentro del mismo término.</p>
<p>Parágrafo transitorio 2°. <i>Deudas por concepto de contratos liquidados.</i> El monto a favor de la Entidad Promotora de Salud contenido en el acta de liquidación de mutuo acuerdo de los contratos de administración del Régimen Subsidiado o en el acta de liquidación unilateral vigente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y los que surjan del cumplimiento de la misma, debe ser girado a la Entidad Promotora de Salud, por la Entidad Territorial, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la presente ley, giro que se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el caso en que las Entidades Promotoras de Salud les adeude recursos, el monto restante, si hubiere lugar a ello, se girará a la Empresa Promotora de Salud dentro del mismo plazo.</p>	<p>Los saldos que queden a favor del ente territorial serán girados por la Entidad Promotora de Salud a las cuentas maestras, dentro del mismo término.</p>
<p>Los saldos que queden a favor del ente territorial, serán girados por la Entidad Promotora de Salud a las cuentas maestras, dentro del mismo término.</p>	<p><u>En el evento en que las entidades territoriales no paguen las deudas por contratos liquidados, el Gobierno Nacional en aras de salvaguardar la sostenibilidad del Sistema y la garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese municipio por regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional, los montos adeudados y serán girados a las Entidades Promotoras de Salud respectivas en los términos establecidos en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento para tal fin exigiendo para ello las actas de liquidación donde consten los recursos recaudados.</u></p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>Artículo 29. <i>Universalización del aseguramiento.</i> Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.</p> <p>Cuando una persona requiera atención en salud y no sea afiliado, la Institución Prestadora de Salud en la cual solicite la atención procederá a establecer el contacto con la Entidad Promotora de Salud de la preferencia del afiliado, mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin; en cualquier caso el pago se hará con cargo a la afiliación del individuo al Régimen Subsidiado. Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación.</p> <p>Si la persona manifiesta tener capacidad de pago y no está afiliada al Régimen Contributivo, deberá pagar la totalidad del servicio prestado por la Institución Prestadora de Salud.</p> <p>Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, la afiliación inicial se hará al Régimen Subsidiado. Realizada la afiliación la Entidad Promotora de Salud verificará en un plazo no mayor a ocho (08) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y se realizará el cobro de los servicios prestados, para lo cual se informará a la Entidad Promotora de Salud para que proceda a realizar el cobro de los servicios. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio.</p> <p>A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país de ser necesario.</p> <p>Parágrafo. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Parágrafo transitorio. A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>Artículo 33. <i>Universalización del aseguramiento.</i> Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.</p> <p>Cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado, se procederá de la siguiente forma:</p> <p><u>33.1. Si tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo de su preferencia.</u></p> <p><u>33.2. Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y se realizará el cobro de los servicios prestados, para lo cual se informará a la Entidad Promotora de Salud para que proceda a realizar el cobro de los servicios. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio.</u></p> <p><u>Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación.</u></p> <p><u>33.3. Los casos no establecidos en el presente artículo para lograr la universalización del aseguramiento serán reglamentados por el Ministerio de la Protección Social en un término no mayor a un (1) año.</u></p> <p>Parágrafo 1°. A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país de ser necesario.</p> <p>Parágrafo 2°. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Parágrafo transitorio. A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>
<p>Artículo 30. <i>Presunción de capacidad de pago y de ingresos.</i> Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, obligados a afiliarse al Régimen Contributivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las personas naturales declarantes del impuesto de renta, del impuesto a las ventas o que tengan certificado de ingresos y retenciones. 2. Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el reglamento. <p>Lo anterior, sin perjuicio de poder ser clasificados nivel 1 y 2 del Sisbén de acuerdo con las normas sobre la materia.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas. En caso de existir diferencias entre los valores declarados ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados.</p>	<p>Artículo 34. <i>Presunción de capacidad de pago y de ingresos.</i> Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, obligados a afiliarse al Régimen Contributivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 34.1. Las personas naturales declarantes del impuesto de renta, del impuesto a las ventas o que tengan certificado de ingresos y retenciones. 34.2. Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el reglamento. <p>Lo anterior, sin perjuicio de poder ser clasificado como <u>elegible al subsidio por medio del Sisbén</u>, de acuerdo con las normas sobre la materia.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas. En caso de existir diferencias entre los valores declarados ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados.</p>
<p>Artículo 130. <i>Aprobación de planes voluntarios de salud.</i> La aprobación de los planes voluntarios de salud y de las tarifas, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual aprobará los planes y realizará verificación posterior. En relación con las Entidades Promotoras de Salud y entidades de medicina prepagada, el depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Artículo 39. <i>Aprobación de planes voluntarios de salud.</i> La aprobación de los planes voluntarios de salud y de las tarifas, <u>en relación con las Entidades Promotoras de Salud o las entidades de medicina prepagada</u> estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual aprobará los planes y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud</p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>Artículo 34. Planes voluntarios de salud. Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:</p> <p>“Artículo 169. Planes voluntarios de salud. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales o económicas relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Tales Planes podrán ser:</p> <p>169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.</p> <p>169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la superintendencia Financiera.</p> <p>169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud”.</p>	<p>Artículo 34. Planes voluntarios de salud. Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:</p> <p>“Artículo 169. Planes voluntarios de salud. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Tales Planes podrán ser:</p> <p>169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.</p> <p>169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la superintendencia Financiera.</p> <p>169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud”.</p>
<p>Artículo 39. Financiación de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención. Las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se financiarán con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un tercio (1/3) de los recursos que en virtud de la presente ley se adicionan al componente del Sistema General de Participaciones para Salud, que se distribuirán con los mismos criterios del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones. 2. Los recursos del componente de Salud Pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001. 3. Los recursos de la Unidad de Pago por Capitación destinados a Promoción y Prevención del Régimen Subsidiado y Contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud. 4. Los recursos de la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fosyga que se articularán con la estrategia de Atención Primaria en Salud conforme al reglamento que establezca el Ministerio de la Protección Social. 5. Los recursos de Promoción y Prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) para prevenir los accidentes de tránsito se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud, conforme a la reglamentación. 6. Los recursos que destinen las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la Promoción y Prevención que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud, conforme a la reglamentación. 7. Recursos del Presupuesto General de la Nación para Salud Pública. 8. Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Cuando estos recursos sean utilizados para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al Régimen Subsidiado con cargo a los numerales 1 y 2. 9. Otros recursos que destinen las entidades territoriales. 	<p>Artículo 44. Financiación de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención. Las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se financiarán con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 44.1. Un tercio (1/3) de los recursos que en virtud de la presente ley se adicionan al componente del Sistema General de Participaciones para Salud, que se distribuirán con los mismos criterios del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones. 44.2. Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata la Ley 715 de 2001. 44.3. Los recursos de la Unidad de Pago por Capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud. 44.4. Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga. 44.5. Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). 44.6. Los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención. 44.7. Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública. 45.8. Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Cuando estos recursos sean utilizados para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al Régimen Subsidiado con cargo a los numerales 1 y 2. 44.9. Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
	<p>Artículo Nuevo. Recursos del Fondo de Riesgos Profesionales para Prevención y Promoción. Adiciónese un literal d), modifíquese el párrafo y créese un párrafo transitorio al artículo 22 de la Ley 776 de 2002, así:</p> <p><u>d) Financiar la realización de actividades de promoción y prevención dentro de los programas de Atención Primaria en Salud.</u></p> <p>Parágrafo. En ningún caso la aplicación de los recursos del fondo podrá superar el cuarenta por ciento (40%) en el objeto señalado en el literal a), ni el diez por ciento 10% en el literal c), <u>ni el 15% en el literal d).</u> Lo restante será utilizado en el literal b).</p> <p>Parágrafo transitorio. <u>Hasta el 15% de los recursos acumulados en el Fondo de Riesgos Profesionales a la entrada en vigencia de la presente ley, podrán ser utilizados, por una única vez, para la financiación de las actividades de prevención dentro de los programas de Atención Primaria en Salud a que hace referencia el literal d) del presente artículo.”</u></p>
<p>Artículo 40. Recursos para aseguramiento. El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:</p> <p>Artículo 214. “La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:</p> <p>1. De las entidades territoriales.</p> <p>1. El uno punto ochenta y cinco por ciento (1.85%) de los recursos del Sistema General de Participaciones, que se distribuirán de acuerdo con la normatividad vigente.</p> <p>2. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, descontados los recursos que del Sistema General de Participaciones se destinen a Atención Primaria en Salud, los recursos del numeral anterior y los destinados para el Fondo de Garantías para el Sector Salud (FONSAET), se incrementará hasta el 80% de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las Acciones en Salud Pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>3. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.</p> <p>4. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.</p> <p>5. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.</p>	<p>Artículo 46. Recursos para aseguramiento. El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:</p> <p>“Artículo 214. La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:</p> <p>1. De las entidades territoriales.</p> <p>1. <u>Uno punto ochenta y cinco puntos (1.85) de los recursos que en virtud de la presente ley se adicionan al componente del Sistema General de Participaciones para Salud, los cuales se distribuirán de acuerdo con la normatividad vigente.</u></p> <p>2. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, descontados los recursos que del Sistema General de Participaciones se destinen a Atención Primaria en Salud, los recursos del numeral anterior y los destinados para el Fondo de Garantías para el sector salud (FONSAET), <u>se destinarán al Régimen Subsidiado partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015.</u> En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>3. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente Ley.</p> <p>4. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente Ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.</p> <p>5. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.</p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>6. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del Régimen Subsidiado.</p> <p>2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).</p> <p>1. Uno punto cinco de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta el 1.5% de los recursos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.</p> <p>2. El monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>3. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado.</p> <p>4. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley.</p> <p>5. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.</p> <p>3. Otros.</p> <p>1. Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393.</p> <p>2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.</p> <p>3. Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.</p>	<p>6. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del Régimen Subsidiado.</p> <p>2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).</p> <p>1. <u>Uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.</u></p> <p>2. El monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.</p> <p>3. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado.</p> <p>4. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley.</p> <p>5. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.</p> <p>3. Otros.</p> <p>1. Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.</p> <p>2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.</p> <p>3. Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.</p>
<p>Artículo 41. Financiación adicional del régimen contributivo. El Ministerio de la Protección Social definirá los puntos de la cotización que se destinarán a la financiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga hasta el uno punto cinco (1.5) previsto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007.</p>	<p>Artículo 47. Distribución de los recursos de la cotización del régimen contributivo. El Ministerio de la Protección Social definirá <u>hasta el uno punto cinco (1.5) de la cotización</u>, previsto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, que se destinarán a la financiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga</p>
<p>Artículo 42. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar. Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, para atender Acciones de Promoción y Prevención dentro del marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento.</p> <p>Parágrafo. La asignación prevista en el presente artículo, conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, no podrá afectar el cálculo de los recursos que las Cajas de Compensación Familiar deben apropiar para los Fondos para el Subsidio Familiar de Vivienda –FOVIS– y para los programas de infancia y adolescencia.</p>	<p>Artículo 48. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar. Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, a atender acciones de <u>promoción y prevención</u> dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento.</p> <p>Parágrafo. La asignación prevista en el presente artículo, conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, no podrá afectar el cálculo de los recursos que las Cajas de Compensación Familiar deben apropiar para los Fondos para el Subsidio Familiar de Vivienda –FOVIS– y para los programas de infancia y adolescencia.</p>
<p>Artículo 46. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). Créase el Fondo de Garantías para el sector salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: para las Empresas Sociales del Estado, el 1% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de participaciones, el 0,15% del Sistema General de Participaciones y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para evitar la intervención o liquidación.</p>	<p>Artículo 52. Fondo de Salvamento y Garantías para el sector Salud (Fonsaet). Créase el Fondo de Garantías para el sector salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: <u>hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de participaciones para salud, cero punto quince puntos (0.15) de los recursos que en virtud de la presente ley se adicionan al componente del Sistema General de Participaciones para salud</u> y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para evitar la intervención o liquidación.</p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud privadas deberán contratar seguros que aseguren el pago de las obligaciones que adquirieran.</p> <p>Parágrafo 1°. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.</p> <p>Parágrafo 2°. El Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) podrá beneficiar a empresas sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentran intervenidas para administrar o liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Estas Entidades podrán recibir recursos del Fonsaet por una sola vez, condicionados a la presentación y cumplimiento del Plan de mejoramiento y prácticas del buen gobierno, acorde con la reglamentación del Gobierno Nacional.</p>	<p><u>Para los anteriores efectos los términos y condiciones para la administración del fondo los establecerá el Gobierno Nacional.</u></p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud privadas deberán contratar seguros que aseguren el pago de las obligaciones que adquirieran, de acuerdo con la reglamentación que sobre el nivel de riesgo determine el Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo 1°. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.</p> <p>Parágrafo 2°. El Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) podrá beneficiar a empresas sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentran intervenidas para administrar o liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Estas Entidades podrán recibir recursos del Fonsaet por una sola vez, condicionados a la presentación y cumplimiento del Plan de mejoramiento y prácticas del buen gobierno, acorde con la reglamentación del Gobierno Nacional.</p>
<p>Artículo 47. Retención en la fuente de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de retención en la fuente, para el pago de la cotización en seguridad social en salud, de las personas naturales y empresas unipersonales, como mecanismo que evite la evasión y la elusión, tomando como base los conceptos constitutivos vigentes del Ingreso Base de Cotización. El agente retenedor girará los recursos al encargado del recaudo de los aportes, de conformidad con el reglamento.</p>	<p>Artículo 53. Retención en la fuente de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud. <u>El Gobierno Nacional creará un sistema de retención en la fuente de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y establecerá</u> los instrumentos para realizar la retención en la fuente para el pago de la cotización en seguridad social en salud, de las personas naturales y empresas unipersonales, como mecanismo que evite la evasión y la elusión, tomando como base los conceptos constitutivos vigentes del Ingreso Base de Cotización. El agente retenedor girará los recursos al encargado del recaudo de los aportes, de conformidad con el reglamento.</p>
<p>Artículo 125. Multas en las citas médicas. Entrada en vigencia esta ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas, para lo cual el Ministerio de la Protección Social, diseñará un mecanismo idóneo para su respectivo cumplimiento, esto es ser sancionado pedagógicamente, mediante método de recursos capacitación que deberán ser diseñados por las EPS para tal fin.</p>	<p>Artículo 56. Multas por inasistencia en las citas médicas. Entrada en vigencia esta ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas, para lo cual el Ministerio de la Protección Social, diseñará un mecanismo idóneo para su respectivo cumplimiento, esto es ser sancionado pedagógicamente, mediante método de recursos capacitación que deberán ser diseñados por las EPS para tal fin.</p>
<p>Artículo 50. Pagos a los prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.</p> <p>El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).</p> <p>Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción.</p> <p>Las entidades a que se refiere este artículo, deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122.</p>	<p>Artículo 57. Pagos a los prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.</p> <p>El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).</p> <p>Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción.</p> <p>Las entidades a que se refiere este artículo, deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007, <u>sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos.</u></p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
	<p>Artículo nuevo. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.</p> <p>El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la repuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.</p> <p>Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.</p> <p>Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.</p> <p>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.</p>
<p>Artículo 51. Habilitación de prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad; para tal fin los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida, deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica revisión. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán garantizar la verificación de los servicios que lo requieran en el plazo que establezca el reglamento. La actividad de habilitación, para ser realizada oportuna y en los términos establecidos, puede ser contratada por las entidades territoriales con terceros especializados en la materia.</p> <p>Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley toda nueva institución prestadora de servicios de salud para el inicio de actividades y por ende para acceder a contratar servicios de salud deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación. Deberá ser inmediata cuando se trate de habilitación de urgencias y servicios de alta complejidad.</p>	<p>Artículo 59. Habilitación de prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad; para tal fin los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida, deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica revisión. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán garantizar la verificación de los servicios que lo requieran en el plazo que establezca el reglamento. La actividad de habilitación, para ser realizada oportuna y en los términos establecidos, puede ser contratada por las entidades territoriales con terceros especializados en la materia.</p> <p>Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley toda nueva institución prestadora de servicios de salud para el inicio de actividades y por ende para acceder a contratar servicios de salud deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación. <u>La verificación deberá ser previa cuando se trate de servicios de urgencias y servicios de alta complejidad. Los servicios oncológicos deberán tener habilitación y verificación previa por el Gobierno Nacional.</u></p>
<p>Artículo 52. Fusiones. Las entidades territoriales podrán asociarse para organizar la prestación de servicios y mediante la fusión de sus Empresas Sociales del Estado, constituir una Empresa Social del Estado para lo cual deberán contar con la autorización de cada una de las Asambleas Departamentales o de los Concejos Municipales o Distritales respectivos. La adscripción se definirá de común acuerdo entre las entidades territoriales involucradas.</p> <p>El Gobierno Nacional reglamentará el mínimo de habitantes por municipio que para poder crear una Empresa Social del Estado, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001. La Nación desarrollará estímulos para promover las fusiones voluntarias.</p>	<p>Eliminado.</p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>Artículo 132. <i>Sistemas de emergencias médicas.</i> Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social reglamentará el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garanticen la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá contarse con personal en entrenamiento básico, para ingreso de alta afluencia de público a espacios colectivos sean ellos públicos o privados; en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley. Para la operación del sistema se pondrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.</p>	<p>Artículo 67. <i>Sistemas de emergencias médicas.</i> Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.</p> <p><u>El Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley,</u> el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá <u>contarse con personal con entrenamiento básico, donde haya alta afluencia de público.</u> Para la operación del sistema se pondrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.</p>
<p>Artículo 60. <i>Programa de fortalecimiento de hospitales públicos.</i> El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un Fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención.</p> <p>Las Empresas Sociales del Estado articuladas en red, que demuestren buenos resultados en los indicadores de salud, bajo riesgo fiscal y financiero, y documenten trabajo en el proceso de calidad podrán acceder a créditos condonables y otros estímulos que ofrezca el Gobierno Nacional, en especial para dotación tecnológica y capacitación del talento humano.</p>	<p>Artículo 69. <i>Programa de fortalecimiento de hospitales públicos.</i> El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un Fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en <u>el primero</u> y segundo nivel de atención.</p> <p>Las Empresas Sociales del Estado articuladas en red, que demuestren buenos resultados en los indicadores de salud, bajo riesgo fiscal y financiero, y documenten trabajo en el proceso de calidad podrán acceder a créditos condonables y otros estímulos que ofrezca el Gobierno Nacional, en especial para dotación tecnológica y capacitación del talento humano.</p>
<p>Artículo 67. <i>Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las empresas sociales del Estado.</i> Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la junta directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Igualmente, las Empresas Sociales del Estado podrán contratar de manera conjunta sistemas de información, sistema de control interno, de interventorías, gestión de calidad y auditorías, de recurso humano y demás funciones administrativas, para el desarrollo de actividades especializadas, de tipo operativo y de apoyo que puedan cubrir las necesidades de la empresa, de forma tal que la gestión resulte más eficiente, con calidad e implique menor costo.</p>	<p>Artículo 76. <i>Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las empresas sociales del Estado.</i> Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la junta directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Igualmente, las Empresas Sociales del Estado podrán contratar de manera conjunta sistemas de información, sistema de control interno, de interventorías, gestión de calidad y auditorías, de recurso humano y demás funciones administrativas, para el desarrollo de actividades especializadas, de tipo operativo y de apoyo que puedan cubrir las necesidades de la empresa, de forma tal que la gestión resulte más eficiente, con calidad e implique menor costo.</p> <p><u>Estas instituciones podrán utilizar mecanismos de subasta inversa para lograr más eficiencia en sus adquisiciones.</u></p>
<p>Artículo 79. <i>Garantía de la calidad de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.</i> El Invima garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, los insumos y dispositivos médicos que se comercialicen en el país de acuerdo a los estándares internacionales de calidad y será el Gobierno Nacional quien lo reglamentará.</p> <p>El Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social diseñará los lineamientos para aprobación de fármacos de acuerdo a bioequivalencias y estudios con reconocimiento a nivel internacional, por medio de instituciones certificadas.</p> <p>Parágrafo transitorio. El Gobierno Nacional tendrá un (1) año para expedir reglamentación para la aprobación de productos biotecnológicos y biológicos.</p>	<p>Artículo 88. <i>Garantía de la calidad de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.</i> El Invima garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos que se comercialicen en el país de acuerdo con los estándares internacionales de calidad, reglamentación que hará el Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo transitorio. El Gobierno Nacional tendrá un (1) año para expedir reglamentación para la aprobación de productos biotecnológicos y biológicos.</p>

TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>Artículo 84. De los protocolos de atención. La autoridad competente desarrollará protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Para su elaboración se consultará a los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.</p>	<p>Artículo 92. De los protocolos de atención. La autoridad competente desarrollará <u>como referentes basados en evidencia científica</u> protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Para su elaboración se consultará a los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.</p>
<p>Artículo 8°. De las guías de atención. La autoridad competente desarrollará guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Las guías médicas serán desarrolladas por la autoridad competente en coordinación con los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.</p>	<p>Artículo 93. De las guías de atención. La autoridad competente desarrollará <u>como referentes basados en evidencia científica</u> guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Las guías médicas serán desarrolladas por la autoridad competente en coordinación con los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.</p>
	<p>Artículo nuevo. Matrículas de residentes. El Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional establecerán las pautas para la supervisión coordinada a las instituciones de educación superior en lo referente al costo de las matrículas de los residentes de programas de especialización clínica.</p>
<p>Artículo 91. Contratación del personal misional permanente. El personal misional permanente de las Instituciones Públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.</p>	<p>Artículo 101. Contratación del personal misional permanente. El personal misional permanente de las Instituciones Públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.</p>
<p>Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a partir del primero (1°) de julio de dos mil trece (2013).</p>	<p>Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a partir del primero (1°) de julio de dos mil trece (2013).</p>
	<p>Artículo nuevo. Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social de salud. En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Dicho plan contendrá como mínimo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud; 2. El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud; y 3. El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.
<p>Artículo 97. Articulación del sistema de información. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y la administración de los indicadores.</p> <p>Las base de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el Sisbén y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras.</p>	<p>Artículo 110. Articulación del sistema de información. El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y <u>será el responsable</u> de la administración de <u>la información</u>.</p> <p>Las base de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el Sisbén y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras.</p> <p><u>La identidad de los usuarios y beneficiarios se verificará mediante procesamiento y consulta de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.</u></p>

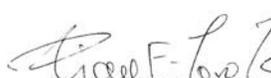
TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
	<u>Parágrafo transitorio. La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, esta tendrá plena validez probatoria.</u>
Artículo 99. Obligación de reportar. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.	Artículo 112. Obligación de reportar. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, <u>las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y</u> los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.
Artículo 104. Recursos para fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control. Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se destinarán a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, por primera vez, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Los recursos del régimen subsidiado destinados por los municipios y distritos a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales, se incrementarán del 0.2% al 0.4%, que serán descontados de los recursos que el Sistema General de Participaciones para Salud se destinen a los subsidios a la demanda o de los recursos de la subcuenta de Solidaridad del Fosyga según la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Parágrafo transitorio. Los recursos a que se refiere el inciso primero del literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se aplicarán a la auditoría para el cumplimiento del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados y el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios. Para este efecto la Superintendencia Nacional de Salud, acreditará empresas de interventoría con los cuales contratarán los municipios mediante concurso de méritos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá vigilancia sobre el proceso y ejecución de esta contratación.	Artículo 117. Recursos para fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control. Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se destinarán a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, por primera vez, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Los recursos del régimen subsidiado destinados por los municipios y distritos a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales, se incrementarán del 0.2% al 0.4%, que serán descontados de los recursos que el Sistema General de Participaciones para Salud se destinen a los subsidios a la demanda o de los recursos de la subcuenta de Solidaridad del Fosyga según la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Parágrafo transitorio 1. Los recursos a que se refiere el inciso primero del literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se aplicarán a la auditoría para el cumplimiento del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados y el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios. Para este efecto la Superintendencia Nacional de Salud, acreditará empresas de interventoría con los cuales contratarán los municipios mediante concurso de méritos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá vigilancia sobre el proceso y ejecución de esta contratación. Parágrafo transitorio 2. <u>Mientras se reglamenta las funciones de auditoría, las empresas que hoy están prestando el servicio podrán continuar haciéndolo.</u>
Artículo 106. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud: 1. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud. Sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar. 2. Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud. 3. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. 4. La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, o quienes hagan sus veces. 5. Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.	Artículo 119. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud: 119.1. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, <u>las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud.</u> Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar. 119.2. Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud. 119.3. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. 119.4. La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, o quienes hagan sus veces. 119.5. Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.

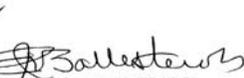
TEXTO DEFINITIVO PRIMER DEBATE	PLIEGO DE MODIFICACIONES
<p>6. Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>7. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas.</p> <p>8. Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores.</p>	<p>119.6. Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>119.7. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas.</p> <p>119.8. Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores.</p>
<p>Artículo 115. Valor de las multas por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud. Además, de las acciones penales, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre diez (10) y dos mil (2.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.</p> <p>Las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a cinco mil (5.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.</p> <p>Las multas se aplicarán sin perjuicio de la facultad de revocatoria de la licencia de funcionamiento cuando a ello hubiere lugar.</p>	<p>Artículo 128. <i>Valor de las multas por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud.</i> Además, de las acciones penales, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado <u>oscilarán entre diez (10) y doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes</u> y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.</p> <p>Las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a <u>dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes</u> y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.</p> <p>Las multas se aplicarán sin perjuicio de la facultad de revocatoria de la licencia de funcionamiento cuando a ello hubiere lugar.</p>
<p>Artículo 117. Multas por no pago de las acreencias por parte del Fosyga o la Entidad Promotora de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas de hasta de 100 a 500 salarios mínimos mensuales vigentes cuando el Fosyga, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, las obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando la Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. En caso de que el comportamiento de las Entidades Promotoras de Salud sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación.</p>	<p>Artículo 130. Multas por no pago de las acreencias por parte del Fosyga o la Entidad Promotora de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas <u>entre cien y dos mil quinientos 100 y 2.500 salarios mínimos mensuales vigentes</u> cuando el Fosyga, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, las obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando la Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. En caso de que el comportamiento de las Entidades Promotoras de Salud sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación.</p>
<p>Parágrafo. El pago de las multas que se impongan a título personal debe hacerse con recursos de su propio patrimonio y, en consecuencia, no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen, lo que procederá siempre que se pruebe que hubo negligencia por falta del funcionario.</p>	<p>Parágrafo. El pago de las multas que se impongan a título personal debe hacerse con recursos de su propio patrimonio y, en consecuencia, no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen, lo que procederá siempre que se pruebe que hubo negligencia por falta del funcionario.</p>
<p>Artículo 136. De la reglamentación e implementación. El Gobierno Nacional en un lapso mayor de un mes a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley y la Ley 1164 de 2007, mediante acto administrativo.</p>	<p>Artículo 141. De la reglamentación e implementación. El Gobierno Nacional en un lapso mayor de un mes a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley y la Ley 1164 de 2007, mediante acto administrativo. <u>El Gobierno Nacional tendrá hasta seis (6) meses a partir de la vigencia de esta ley para reglamentar y aplicar los artículos 27, 30 y 32 de la misma.</u></p>

Proposición final

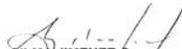
Solicitamos a la honorable Plenaria del Senado de la República, debatir y aprobar en segundo debate, el Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara, *por medio de la cual se modifica el Sistema General de SSS y se dictan otras disposiciones* “y sus acumulados Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número

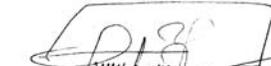
147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, Proyecto de ley número, 111 de 2010 Cámara y Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental y Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara, con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente informe de ponencia.


DILIAN FRANCISCA TORO T.
 Coordinadora
 Senadora de la República


JÓRGE E. BALLESTEROS B.
 Coordinador
 Senador de la República


ANTONIO JOSÉ CORREA J.
 Coordinador
 Senador de la República


GILMA JIMÉNEZ G.
 Ponente
 Senadora de la República


GUILLERMO A. SANTOS M.
 Ponente
 Senador de la República


FERNANDO E. TAMAYO T.
 Ponente
 Senador de la República

MAURICIO OSPINA G.
 Ponente
 Senador de la República

GERMÁN B. CARLOSAMA L.
 Ponente
 Senador de la República


EDUARDO CARLOS MERLANO
 Ponente
 Senador de la República

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
 PERMANENTE DEL HONORABLE
 SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los un (1) días del mes de diciembre año dos mil diez (2010).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, del informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate, al Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara, *por medio de la cual se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, y sus Proyectos acumulados: 95 de 2010 Senado, 143 de 2010 Senado, 147 de 2010 Senado, 160 de 2010 Senado, 161 de 2010 Senado, 182 de 2010 Senado, 035 de 2010 Cámara, 087 de 2010 Cámara, 111 de 2010 Cámara y 126 de 2010 Cámara, en ciento veintiocho (128) folios y Texto contentivo de ciento cuarenta y dos (142) artículos.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate, que se ordena publicar, con proposición de debate (positiva), está refrendado por los honorables Senadores Dilian Francisca Toro Torres, Jorge Eliécer Ballesteros, Antonio José Correa Jiménez (Coordinadores) y Gilma Jiménez Gómez, Guillermo Antonio Santos Marín, Fernando Tamayo Tamayo y Eduardo Carlos Merlano Morales, en su calidad de ponentes. Los honorables Senadores Germán Bernardo Carlosama López y Mauricio Ernesto Ospina Gómez (ponentes), no refrendaron el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 01 2010 SENADO, 106 DE 2010 CÁMARA Y SUS ACUMULADOS

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES.

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

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

Artículo 2°. Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del Sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

2.1 Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.

2.2 Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.

2.3 Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.

2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.

2.5 Acceso efectivo a los servicios de salud.

Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicado-

res. Cuando esta evaluación muestre que los resultados en salud son deficientes, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán y determinarán las medidas a seguir.

Artículo 3°. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.1 UNIVERSALIDAD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

3.2 SOLIDARIDAD. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.3 IGUALDAD. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 OBLIGATORIEDAD. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

3.5 PREVALENCIA DE DERECHOS. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios.

3.6 ENFOQUE DIFERENCIAL. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías, y esfuerzos; encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

3.7 EQUIDAD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 CALIDAD. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 EFICIENCIA. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.10 PARTICIPACIÓN SOCIAL. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

3.11 PROGRESIVIDAD. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

3.12 LIBRE ESCOGENCIA. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

3.13 SOSTENIBILIDAD. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

3.14 TRANSPARENCIA. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

3.15 DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 COMPLEMENTARIEDAD Y CONCURRENCIA. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.17 CORRESPONSABILIDAD. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

3.18 IRRENUNCIABILIDAD. El derecho a la seguridad social en salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

3.19 INTERSECTORIALIDAD. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

3.20 PREVENCIÓN. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

Artículo 4°. Rectoría del sector salud. La dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de la Protección Social, como órgano rector de dicho sector.

Artículo 5°. Competencias de los distintos niveles de la administración pública. Adicionar al artículo 42 de la Ley 715 de 2001 los siguientes numerales:

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

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

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

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

43.3.4 Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales.

43.3.9 Asistir técnicamente y supervisar a los municipios, en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas, y las acciones de salud pública individuales que se realicen en su jurisdicción. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el proceso de asistencia técnica, con recursos financieros, tecnológicos, humanos, gestión de procesos y resultados esperados.

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

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

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

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

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

TÍTULO II
SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN
Y PREVENCIÓN Y ATENCIÓN
PRIMARIA EN SALUD
CAPÍTULO I
Salud Pública

Artículo 6°. Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental.

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

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

Parágrafo transitorio. El primer Plan Decenal deberá ponerse en vigencia en el año 2012.

Artículo 7°. Coordinación intersectorial. Para el desarrollo del Plan Decenal de Salud en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (CONPES) y del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 1°. Para garantizar la coordinación intersectorial el CONPES tendrá un Consejo Especial que se reunirá cada seis (6) meses para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud.

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

Artículo 8°. Observatorio de salud. El Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, como una dependencia del Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del observatorio Nacional de Salud, el equipo técnico y humano para su funcionamiento y apropiará los recursos para su implementación.

Artículo 9°. Funciones del Observatorio Nacional de Salud. El Observatorio Nacional de Salud tendrá a su cargo las siguientes funciones:

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

9.2 Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia. Dichas variables e indicadores podrán desagregarse por sexo, edad, región, raza y etnia.

9.3 Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.

9.4 Realizar directa o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.

9.5 Fortalecer el Sistema de Información Epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.

9.6 Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.

9.7 Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, o a la entidad que haga sus veces.

9.8 Presentar reportes a las Comisiones Séptimas Conjuntas, de Cámara y Senado, antes de finalizar cada legislatura sobre todas las evaluaciones periódicas que realizaren.

CAPÍTULO II

Acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención

Artículo 10. *Uso de los recursos de promoción y prevención.* El Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud.

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

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

Artículo 11. *Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención.* Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Los recursos de las entidades territoriales a los que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las Cuentas Maestras de que trata el literal B, del artículo 13, de la Ley 1122 del 2007.

Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud.

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

Las redes articuladas por los municipios y las Entidades Promotoras de Salud en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán habilitadas por las entidades departamentales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social.

La contratación incluirá la cobertura por grupo etario, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento que se verificarán con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS).

Parágrafo transitorio. Hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la con-

tratación de las acciones colectivas de salud pública, continuará ejecutándose de acuerdo con las normas vigentes a la promulgación de la presente ley.

CAPÍTULO III

Atención primaria en salud

Artículo 12. *De la atención primaria en salud.* Créese el Sistema Único de Atención Primaria de Salud Integral que estará constituido por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud, y la participación social, comunitaria y ciudadana.

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

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

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

Artículo 13. *Implementación de la atención primaria en salud.* Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

13.2 Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

13.3 Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.

13.4 Cultura del autocuidado.

13.5 Orientación individual, familiar y comunitaria.

13.6 Atención integral, integrada y continua.

13.7 Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.

13.8 Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.

13.9 Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez.

13.10 Participación activa de la comunidad.

13.11 Enfoque territorial.

Artículo 14. *Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad.* El Gobierno Nacional formulará la Política de fortalecimiento de los servicios de baja

complejidad para mejorar su capacidad resolutoria, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.

Artículo 15. Equipos básicos de salud. El ente territorial conforme a la reglamentación del Ministerio de la Protección Social, definirá los requisitos óptimos para habilitar la conformación de los Equipos Básicos de Salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.

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

Artículo 16. Funciones de los equipos básicos de salud. Los equipos básicos de salud tendrán entre sus funciones las siguientes:

16.1 Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.

16.2 Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.

16.3 Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.

16.4 Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social.

16.5 Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.

16.6 Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

16.7 Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.

TÍTULO III

ATENCIÓN PREFERENTE Y DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Artículo 17. Atención preferente. El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada, que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal y hasta los cinco (5) años, de seis (6) a menores de catorce (14) años, y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años.

La Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces definirá y actualizará esta parte especial y diferenciada cada dos años, que contemple prestaciones de servicios de salud para los niños, ni-

ñas y adolescentes, garantice la promoción, la efectiva prevención, detección temprana y tratamientos adecuados de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados, y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad, teniendo en cuenta sus ciclos vitales, el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad.

Artículo 18. Servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, así como los afectados por enfermedades catastróficas y ruinosas, del Plan de Beneficios de Familias de Sisbén 1 y 2, serán gratuitos.

Artículo 19. Restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

Artículo 20. Corresponsabilidad. El Estado, los padres o representantes legales de los niños, niñas y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores, y exigir al Sistema de Seguridad Social en Salud los servicios establecidos en la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios.

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

Artículo 21. Obligación de denunciar posible vulneración de derechos, maltrato o descuido. Las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), las comisarías de familia o, en su defecto, los inspectores de policía, las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual.

Artículo 22. Restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia. La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual no generará cobro por concepto de cuotas moderadoras o copagos sin importar el régimen de afiliación. La atención por eventos de violencia física o sexual será integral, y los servicios serán prestados hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

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

TÍTULO IV
ASEGURAMIENTO
CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 23. Portabilidad nacional. Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar, a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

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

Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a más tardar el primero (1°) de junio del 2013.

Artículo 24. Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud. Dado que los recursos son parafiscales, el Ministerio de la Protección Social fijará el factor máximo de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos que midan el gasto en salud. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de inhabilitación. Dicho factor no podrá superar el 10% del valor de la Unidad de Pago por Capitación.

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para financiar activos fijos en actividades distintas a la prestación de servicios de salud.

Parágrafo Lo previsto en este artículo se reglamentará para que el porcentaje máximo de administración entre a regir a más tardar antes del primero (1°) de enero de 2013.

Artículo 25. Requisitos del funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para que las Entidades Promotoras de Salud tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia, la capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada.

Artículo 26. Actualización del plan de beneficios. El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

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

El Plan de Beneficios sólo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello.

Parágrafo. El Plan de Beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del primero (1°) de diciembre de 2011.

Artículo 27. Comité técnico-científico de la Entidad Promotora de Salud. Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios y su justificación financiera, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

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

Parágrafo. La conformación de los Comités Técnico-Científicos debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones.

Artículo 28. Creación de la Junta Técnica Científica de Pares. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el Plan de Beneficios, negada o aceptada por el comité técnico científico de la Entidad Promotora de Salud; la junta técnica científica de pares tendrá un término de 5 días calendario para emitir el concepto respectivo. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.

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

Artículo 29. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.

CAPÍTULO II

Administración del régimen subsidiado

Artículo 30. Administración del régimen subsidiado. Los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.

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

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

Parágrafo transitorio. Los distritos y los municipios de más de cien mil habitantes (100.000) podrán continuar administrando los recursos del Régimen Subsidiado hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2012, utilizando el instrumento jurídico definido en el presente artículo.

Artículo 31. Aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente. El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento.

Artículo 32. Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado. El Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones y los recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el evento en que las entidades territoriales no paguen las deudas por contratos liquidados, el Gobierno Nacional en aras de salvaguardar la sostenibilidad del Sistema y la garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese municipio por regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional, los montos adeudados y serán girados a las Entidades Promotoras de Salud respectivas en los términos establecidos en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento para tal fin exigiendo para ello las actas de liquidación donde consten los recursos recaudados.

CAPÍTULO III

Universalización del aseguramiento

Artículo 33. Universalización del aseguramiento. Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.

Cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado, se procederá de la siguiente forma:

33.1 Si tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo de su preferencia.

33.2 Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y se realizará el cobro de los servicios prestados, para lo cual se informará a la Entidad Promotora de Salud para que proceda a realizar el cobro de los servicios. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio.

Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación.

33.3 Los casos no establecidos en el presente artículo para lograr la universalización del aseguramiento serán reglamentados por el Ministerio de la Protección Social en un término no mayor a un (1) año.

Parágrafo 1°. A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país, de ser necesario.

Parágrafo 2°. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social.

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

Artículo 34. Presunción de capacidad de pago y de ingresos. Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, obligados a afiliarse al Régimen Contributivo:

34.1 Las personas naturales declarantes del impuesto de renta, del impuesto a las ventas o que tengan certificado de ingresos y retenciones.

34.2 Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el reglamento.

Lo anterior, sin perjuicio de poder ser clasificado como elegible al subsidio por medio del Sisbén, de acuerdo con las normas sobre la materia.

El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas. En caso de existir diferencias entre los valores declarados ante la Di-

rección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y los aportes al sistema, estos últimos deberán ser ajustados.

Artículo 35. Subsidio parcial a la cotización. Las personas elegibles al subsidio parcial a la cotización no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%, o aporte equivalente de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al Régimen Subsidiado o al Régimen Contributivo en cuyo caso no incluirá prestaciones económicas. Este subsidio será el 67% de la cotización o del aporte equivalente con cargo a los recursos de la subcuenta de Compensación del Fosyga en el caso de los afiliados al Régimen Contributivo y de la subcuenta de Solidaridad en el caso del Subsidiado. El 33% de la cotización o aporte equivalente deberá ser pagado previamente por el afiliado.

Artículo 36. Permanencia en el régimen subsidiado. Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en este cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.

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

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

Artículo 37. Planes de beneficios parciales. Al unificar los planes de beneficios no podrán existir planes de beneficios parciales.

CAPÍTULO IV

Planes voluntarios de salud

Artículo 38. Planes voluntarios de salud. Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

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

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

Tales Planes podrán ser:

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

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

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

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

Artículo 39. Aprobación de planes voluntarios de salud. La aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual aprobará los planes y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 40. Estímulo a la creación de planes voluntarios de salud. El Gobierno Nacional estimulará la creación, diseño, autorización y operación de planes voluntarios y seguros de salud tanto individuales como colectivos que ofrezcan beneficios no incluidos en el Plan de Beneficios.

Artículo 41. Coberturas. Los Planes Voluntarios de Salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud, que no estén incluidas en el Plan de Beneficios, tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y pos hospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes obligatorios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

Artículo 42. Protección al usuario. Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

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

TÍTULO V FINANCIAMIENTO

Artículo 43. Distribución de recursos del Sistema General de Participaciones. El artículo 4° de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 2° de la Ley 1176 de 2007, quedará así:

“**Artículo 4°. Distribución sectorial de los recursos.** El monto total del Sistema General de Participaciones, una vez descontados los recursos a que se refiere el párrafo 2° del artículo 2° de la Ley 715 de 2001 y los párrafos transitorios 2° y 3° del artículo 4° del Acto Legislativo 04 de 2007, se distribuirá entre las participaciones mencionadas en el artículo 3° de la Ley 715 de 2001, así:

4.1 Un 58.5% corresponderá a la participación para educación.

4.2 Un 27.5% corresponderá a la participación para salud.

4.3 Un 5.4% corresponderá a la participación para agua potable y saneamiento básico.

4.4 Un 8.6% corresponderá a la participación de propósito general.

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

Artículo 44. Financiación de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención. Las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se financiarán con:

44.1 Un tercio (1/3) de los recursos que en virtud de la presente ley se adicionan al componente del Sistema General de Participaciones para Salud, que se distribuirán con los mismos criterios del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones.

44.2 Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001.

44.3 Los recursos de la Unidad de Pago por Capitalización destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud.

44.4 Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga.

44.5 Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

44.6 Los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención.

44.7 Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública.

44.8 Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones parafiscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de atención primaria en salud. Cuando estos recursos sean utilizados para estos fines, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al Régimen Subsidiado con cargo a los numerales 1 y 2.

44.9 Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

Artículo 45. Recursos del Fondo de Riesgos Profesionales para Prevención y Promoción. Adiciónese un literal d), modifíquese el párrafo y créese un párrafo transitorio al artículo 22 de la Ley 776 de 2002, así:

“d) Financiar la realización de actividades de promoción y prevención dentro de los programas de Atención Primaria en Salud.

Parágrafo. En ningún caso la aplicación de los recursos del fondo podrá superar el cuarenta por ciento (40%) en el objeto señalado en el literal a), ni el diez por ciento (10%) en el literal c), ni el quince por ciento (15%) en el literal d). Lo restante será utilizado en el literal b).

Parágrafo transitorio. Hasta el 15% de los recursos acumulados en el Fondo de Riesgos Profesionales a la entrada en vigencia de la presente Ley, podrán ser utilizados, por una única vez, para la financiación de las actividades de prevención dentro de los programas de Atención Primaria en Salud a que hace referencia el literal d) del presente artículo.”

Artículo 46. Recursos para aseguramiento. El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:

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

1. De las entidades territoriales.

1. Uno punto ochenta y cinco puntos (1.85) de los recursos que en virtud de la presente ley se adicionan al componente del Sistema General de Participaciones para Salud, los cuales se distribuirán de acuerdo con la normatividad vigente.

2. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, descontados los recursos que del Sistema General de Participaciones se destinen a Atención Primaria en Salud, los recursos del numeral anterior y los destinados para el Fondo de Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), se destinarán al Régimen Subsidiado partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

3. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

4. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente Ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

5. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

6. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del Régimen Subsidiado.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)

1. Uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.

2. El monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

3. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

4. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley.

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

3. Otros

1. Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.

2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

3. Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.

Artículo 47. Distribución de los recursos de la cotización del régimen contributivo. El Ministerio de la Protección Social definirá hasta el uno punto cinco (1.5) de la cotización, previsto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, que se destinarán a la financiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

Artículo 48. Recursos de las Cajas de Compensación Familiar. Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, a atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento.

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

Artículo 49. Seguro de salud por desempleo. Modifíquese los artículos 10 y 11 de la Ley 789 de 2002, los cuales quedarán así:

“**Artículo 10. Régimen de apoyo para desempleados con vinculación anterior a las Cajas de Compensación Familiar.** Los Jefes cabeza de Hogar que se encuentren en situación de desempleo luego de haber estado vinculados al sistema de Cajas de Compensación Familiar no menos de 1 año dentro de los tres años anteriores a la solicitud de apoyo, tendrán derecho con cargo a los recursos del Fondo para el Fomento del Empleo y la protección del desempleo de que trata el artículo 60. de la presente ley a los siguientes beneficios, por una sola vez y hasta que se agoten los recursos del Fondo. La reglamentación establecerá los plazos y condiciones a partir de los cuales se reconocerá este subsidio:

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

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

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

Artículo 50. Impuesto social a las armas y municiones. Modifíquese el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará de la siguiente manera:

“**Artículo 224. Impuesto social a las armas y municiones.** A partir del 1° de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación

del respectivo permiso y por el término de este. El recaudo de este impuesto se destinará al fondo de solidaridad previsto en el artículo 221 de esta ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 30% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad valorem* con una tasa del 20%. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos: el Plan de Beneficios, los beneficiarios y los procedimientos necesarios para su operación.

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

Artículo 51. Recursos destinados para unidad de pago por capitación subsidiada por departamentos, distritos y municipios. Los montos de recursos que las entidades territoriales venían aportando para financiar la salud en su territorio no podrán disminuir, salvo que se acredite, ante el Ministerio de la Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población o por insuficiencia financiera.

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

A más tardar el primero de enero de 2012 se cancelarán las cuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) con las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, en su totalidad.

Artículo 52. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). Créase el Fondo de Garantías para el sector salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.

Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, cero punto quince puntos (0.15) de los recursos que en virtud de la presente ley se adicionan al componente del Sistema General de Participaciones para salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para evitar la intervención o liquidación.

Para los anteriores efectos los términos y condiciones para la administración del fondo los establecerá el Gobierno Nacional.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud privadas deberán con-

tratar seguros que aseguren el pago de las obligaciones que adquieran, de acuerdo con la reglamentación que sobre el nivel de riesgo determine el Gobierno Nacional.

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

Parágrafo 2°. El Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) podrá beneficiar a Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentran intervenidas para administrar o liquidar por la Superintendencia Nacional de Salud.

Estas Entidades podrán recibir recursos del Fonsaet por una sola vez, condicionados a la presentación y cumplimiento del Plan de Mejoramiento y Prácticas del Buen Gobierno, acorde con la reglamentación del Gobierno Nacional.

Artículo 53. Retención en la fuente de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional creará un sistema de retención en la fuente de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y establecerá los instrumentos para realizar la retención en la fuente para el pago de la cotización en seguridad social en salud, de las personas naturales y empresas unipersonales, como mecanismo que evite la evasión y la elusión, tomando como base los conceptos constitutivos vigentes del Ingreso Base de Cotización. El agente retenedor girará los recursos al encargado del recaudo de los aportes, de conformidad con el reglamento.

TÍTULO VI

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 54. Contratación por capitación. Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los prestadores de servicios de salud:

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

54.2 La capitación no libera a las Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.

54.3 La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud.

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

Artículo 55. Prohibición de limitaciones al acceso. Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

Artículo 56. Multas por inasistencia en las citas médicas. Entrada en vigencia esta ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas, para lo cual el Ministerio de la Protección Social diseñará un mecanismo idóneo para su respectivo cumplimiento, esto es ser sancionado pedagógicamente, mediante método de recursos capacitación que deberán ser diseñados por las Entidades Promotoras de Salud para tal fin.

Artículo 57. Pagos a los prestadores de servicios de salud. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.

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

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

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

Se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1122 de 2007, sin perjuicio del cobro ejecutivo que podrán realizar los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud en caso de no cancelación de los recursos.

Artículo 58. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirán a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

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.

Artículo 59. *Habilitación de prestadores de servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad; para tal fin los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida, deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica revisión. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán garantizar la verificación de los servicios que lo requieran en el plazo que establezca el reglamento. La actividad de habilitación, para ser realizada oportuna y en los términos establecidos, puede ser contratada por las entidades territoriales con terceros especializados en la materia.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley toda nueva Institución Prestadora de Salud para el inicio de actividades y por ende para acceder a contratar servicios de salud deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación. La verificación deberá ser previa cuando se trate de servicios de urgencias y servicios de alta complejidad. Los servicios oncológicos deberán tener habilitación y verificación previa por el Gobierno Nacional.

Artículo 60. *Operación con terceros.* Las Empresas Sociales del Estado podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación conforme al sistema obligatorio de garantía en calidad; solo para servicios que no tengan la Empresa Social del Estado, la red pública, o sean insuficientes.

CAPÍTULO II

Redes integradas de servicios de salud

Artículo 61. *Definición de redes integradas de servicios de salud.* Las redes integradas de servicios de salud se definen como la integración de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

Artículo 62. *De las redes integradas de servicios de salud.* La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

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

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

Artículo 63. *Conformación de redes integradas de servicios de salud.* Las entidades territoriales, municipios, distritos o departamentos, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, garantizarán las redes incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Los departamentos y distritos habilitarán las redes de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

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

Artículo 64. *Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud.* La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:

64.1 Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.

64.2 Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.

64.3 Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.

64.4 Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.

64.5 Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidis-

ciplinar que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.

64.6 Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.

64.7 Red de transporte y comunicaciones.

64.8 Acción intersectorial efectiva.

64.9 Esquemas de participación social amplia.

64.10 Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.

64.11 Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

64.12 Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

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

Artículo 65. *Articulación de las redes integradas.* La articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud; en el caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscará que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo, teniendo como objetivos y componentes:

65.1 La identificación de la población a atender y la determinación del riesgo en salud.

65.2 La identificación de factores de riesgo y factores protectores.

65.3 Consenso en torno a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

65.4 Consenso en torno al modelo de atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población.

65.5 El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.

65.6 La articulación de la oferta de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles, en el espacio poblacional determinado.

65.7 La garantía de un punto de primer contacto, que serán los equipos básicos de salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos.

65.8 La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información.

65.9 Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.

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

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

Artículo 66. *Atención integral en salud mental.* Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.

Artículo 67. *Sistemas de emergencias médicas.* Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros, los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios prehospitales y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley, el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus competencias, incluyendo los casos en los que deberá contarse con personal con entrenamiento básico donde haya alta afluencia de público. Para la operación del sistema se podrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.

Artículo 68. *Fundaciones sin ánimo de lucro.* Las fundaciones sin ánimo de lucro que venían prestando servicios como parte de la red hospitalaria pública, antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, y continúan desarrollando esta actividad para los efectos señalados en los artículos 16 y 20 de la Ley 1122 de 2007 sobre la contratación de servicios de salud, las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado les darán a estas instituciones prestadoras de servicios de salud tratamiento de Empresas Sociales del Estado.

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

CAPÍTULO III

Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y Empresas Sociales del Estado

Artículo 69. Programa de Fortalecimiento de Hospitales Públicos. El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el primero y segundo nivel de atención.

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

Artículo 70. De la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, estará integrada de la siguiente manera:

70.1 El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.

70.2 El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

70.3 Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.

70.4 Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

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

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

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

Artículo 71. Inhabilidades e incompatibilidades. Los miembros de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado no podrán ser representante legal, miembros de los organismos directivos, directores, socios o administradores de entidades del sector salud, ni tener participación en el capital de estas en forma directa o a través de su cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil o participar a través de interpuesta persona, excepto alcaldes y gobernadores, siempre y

cuando la vinculación de estos últimos a la entidad del sector salud obedezca a la participación del orden territorial al que representa. Esta inhabilidad registrará hasta por un año después de la dejación del cargo.

Artículo 72. Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales. La junta directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. En caso de que el cargo de Director o Gerente de una Empresa Social del Estado esté vacante a más tardar dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes se iniciará un proceso de concurso público para su elección.

La Junta Directiva conformará una terna con los concursantes que hayan obtenido las tres mejores calificaciones en el proceso de selección adelantado. El nominador deberá designar en el cargo de gerente o director a quien haya alcanzado el más alto puntaje dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la finalización del proceso de elección. El resto de la terna operará como un listado de elegibles, para que en el caso de no poder designarse el candidato con mayor puntuación, se continuará con el segundo y de no ser posible la designación de este, con el tercero.

Artículo 73. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

73.1 El director o gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la junta directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

73.2 La junta directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

73.4 En caso de que la junta directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director o gerente se entenderá aprobado.

Artículo 74. Evaluación del plan de gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

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

74.2 La junta directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director o gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la junta directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al director o gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

74.4 La decisión de la junta directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince (15) días hábiles.

74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio, dicho resultado será causal de retiro del servicio del director o gerente, para lo cual la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del director o gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes; contra este acto procederán los recursos de ley.

74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Artículo 75. Metodología de reporte de ingresos, gastos y costos de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. El Ministerio de la Protección Social en un término no superior a un año establecerá la metodología para la clasificación y reporte de los ingresos, gastos y costos de las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas, teniendo en cuenta las condiciones que pueden afectar las estructuras de costos. Con base en esta información se construirán razones de costo y gasto que deberán hacer parte de los planes de gestión para evaluar la gestión de los gerentes y de los indicadores de desempeño de las instituciones.

Artículo 76. Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado. Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí,

constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la junta directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

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

Estas instituciones podrán utilizar mecanismos de subasta inversa para lograr mayor eficiencia en sus adquisiciones.

Artículo 77. Saneamiento de cartera. El Gobierno Nacional, a partir de la vigencia de la presente ley, pondrá en marcha un Programa para el Saneamiento de cartera de las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 78. Financiación de la prestación del servicio en zonas alejadas. Se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia.

Artículo 79. Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley.

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

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

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

Artículo 80. Adopción de programa de saneamiento fiscal y financiero. Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a un programa de saneamiento

to fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

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

Artículo 81. Incumplimiento del programa de saneamiento fiscal. Si con la implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero, la Empresa Social del Estado en riesgo alto no logra categorizarse en riesgo medio en los términos definidos en la presente ley, deberá adoptar una o más de las siguientes medidas:

81.1 Acuerdos de reestructuración de pasivos.

81.2 Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, independientemente de que la Empresa Social del Estado esté adelantando o no programas de saneamiento.

81.3 Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

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

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

Artículo 82. Recursos de crédito para el rediseño, modernización y reorganización de los hospitales de la red pública para desarrollo de las redes territoriales de prestación de servicios de salud. Para la ejecución de los créditos condonables de que trata el parágrafo 3° del artículo 54 de la Ley 715 de 2001, la Nación y las entidades territoriales concurrirán, bajo la modalidad de préstamos condonables, en el financiamiento de los procesos de rediseño, modernización y reorganización de Instituciones Prestadoras de Salud públicas, mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias, que como mínimo garanticen, por parte de la entidad hospitalaria, su sostenibilidad durante diez (10) años, mediante el equilibrio financiero, eficiencia en la prestación de los servicios y su articulación en red.

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

Artículo 83. Saneamiento de pasivos. Con el fin de facilitar los procesos de saneamiento de pasivos, las Empresas Sociales del Estado que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero en virtud de lo dispuesto en la presente ley, que tengan suscrito o suscriban programas o convenios de desempeño en virtud de lo establecido en la Ley 715 de 2001 o estén intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, podrán iniciar simultáneamente o en cual-

quier momento durante la vigencia de los mismos, la promoción de acuerdos de reestructuración de pasivos de que tratan las Leyes 550 de 1999 y 1116 de 2006 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 84. Saneamiento de aportes patronales. Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar o el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, según corresponda, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de pensiones tanto del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, como las de ahorro individual con solidaridad y las administradoras de cesantías, incluido el Fondo Nacional de Ahorro, que hubieren recibido o que tengan en su poder recursos por concepto de aportes patronales del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones para salud, las direcciones territoriales de salud, las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, contarán con doce (12) meses, para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales con el procedimiento que determine el Ministerio de la Protección Social. En este proceso de saneamiento podrán concurrir recursos de ambas fuentes.

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

Las peticiones de las entidades aportantes relacionadas con el proceso de saneamiento de dichos recursos a las entidades administradoras de los mismos, deben ser entendidas en un plazo no superior a treinta (30) días calendario. En caso de no respuesta se informará del incumplimiento a la Superintendencia Financiera o la Superintendencia de Salud según corresponda, la inspección y vigilancia de la entidad administradora de los aportes patronales, para lo de su competencia.

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

CAPÍTULO IV

Medicamentos, insumos y dispositivos médicos

Artículo 85. Política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos. El Ministerio de la Protección Social definirá la política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos a nivel nacional y en su implementación establecerá y desarrollará mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos, insumos y dispositivos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 86. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMD. En adelante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos de que trata el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, se denominará Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

Artículo 87. Negociación de medicamentos, insumos y dispositivos. El Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos, insumos y dispositivos.

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

Artículo 88. Garantía de la calidad de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. El Invima garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos que se comercialicen en el país de acuerdo con los estándares internacionales de calidad, reglamentación que hará el Gobierno Nacional.

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

Artículo 89. Garantía de la competencia. El Gobierno Nacional deberá garantizar la competencia efectiva para la producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, insumos y dispositivos médicos y podrá realizar o autorizar la importación paralela de estos, establecer límites al gasto y adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos, insumos y dispositivos médicos de buena calidad a precios accesibles.

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

CAPÍTULO V

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Artículo 90. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Autorícese al Ministerio de la Protección Social la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina; esta entidad será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios y para los prestadores de los servicios de salud.

Artículo 91. Objetivos del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Son objetivos del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud:

91.1 Evaluar las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico.

91.2 Consultar las evaluaciones de tecnologías con Centros de Evaluación acreditados para la evaluación de tecnologías médicas nacionales e internacionales.

91.3 Articular la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías.

91.4 Diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud.

91.5 Difundir las metodologías empleadas y la información producida.

91.6 Los demás que sean necesarios para el desarrollo de su objeto.

Artículo 92. Referentes basados en evidencia científica. Son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud, basados en evidencia científica. Incluyen principalmente las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención sea de calidad, segura y costo-efectiva.

Artículo 93. De los protocolos de atención. La autoridad competente desarrollará como referentes basados en evidencia científica protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Para su elaboración se consultará a los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

Artículo 94. De las guías de atención. La autoridad competente desarrollará como referentes basados en evidencia científica guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Las guías médicas serán desarrolladas por la autoridad competente en coordinación con los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

CAPÍTULO VI

Talento Humano

Artículo 95. De la política de talento humano. El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. La Política de Talento Humano en Salud consultará los postulados de trabajo decente de la OIT.

Artículo 96. De la formación continua del talento humano en salud. El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de

formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.

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

Artículo 97. De la pertinencia y calidad en la formación de talento humano en salud. Modificase el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

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

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

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

Artículo 98. Hospitales universitarios. El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión.

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

98.1 Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

98.2 Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.

98.3 Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a prestación de los servicios asistenciales.

98.4 Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.

98.5 Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.

98.6. Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.

98.7 Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.

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

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

Artículo 99. De la formación de especialistas del área de la salud. Modificase el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionándole los siguientes incisos.

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

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

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

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

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

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

Artículo 100. Matrículas de residentes. EL Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional establecerán las pautas para la supervisión coordinada a las instituciones de educación superior en lo referente al costo de las matrículas de los residentes de programas de especialización clínica.

Artículo 101. Contratación del personal misional permanente. El personal misional permanente de las Instituciones Públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.

Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a partir del primero (1°) de julio de dos mil trece (2013).

Artículo 102. Autorregulación profesional. Modifícase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

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

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

Artículo 103. Autonomía profesional. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

Artículo 104. Prohibición de prebendas o dádivas a trabajadores en el sector de la salud. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

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

CAPÍTULO VII

Calidad y sistemas de información

Artículo 105. Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social de Salud. En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Dicho plan contendrá como mínimo:

105.1 La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud.

105.2 El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud, y

105.3 El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

Artículo 106. Indicadores en salud. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores de salud tales como indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y de las Instituciones Prestadoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores.

Artículo 107. Obligatoriedad de audiencias públicas de Entidades Promotoras de Salud y Empresas Sociales del Estado. Todas las Entidades Promotoras de Salud y Empresas Sociales del Estado del sector salud y las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, tienen la obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año, con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión. Para ello deberán presentar sus indicadores en salud, gestión financiera, satisfacción de usuarios y administración.

Las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud deberán publicar anualmente por internet sus indicadores de calidad y de gestión en la forma que establezca el reglamento.

Artículo 108. Informe del estado actual de las Entidades Promotoras de Salud. El Gobierno Nacional y la Superintendencia Nacional de Salud, en procura del proceso de transparencia y de publicidad en los servicios, sesenta días (60) después de entrada en vigencia la presente ley, deberán presentar un informe del estado actual de las Entidades Promotoras de Salud donde se dará a conocer aspectos, en relación con el cumplimiento de los giros a los prestadores, recaudo y cumplimiento del Plan de Beneficios.

Artículo 109. Sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud. Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1°) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

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

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

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

Artículo 110. Articulación del sistema de información. El Ministerio de la Protección Social, a tra-

vés del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información.

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

La identidad de los usuarios y beneficiarios se verificará mediante procesamiento y consulta de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Parágrafo transitorio. La historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación antes del 31 de diciembre del año 2013, esta tendrá plena validez probatoria.

Artículo 111. Sistema de información integrado del sector salud. El Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones –TIC.

Artículo 112. Obligación de reportar. Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.

Artículo 113. Indicadores de salud sobre niños, niñas y adolescentes. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán presentar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud información detallada sobre el estado de salud de los menores de edad afiliados.

Artículo 114. Sanciones por la no provisión de información. Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios) serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.

Artículo 115. Análisis de condiciones de mercado a nivel regional. El Gobierno Nacional realizará análisis periódicos de las condiciones de competencia en el mercado de aseguradores y prestadores, así como de las tarifas de prestación de servicios, a nivel territorial.

TÍTULO VII

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 116. Desconcentración. Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud se desconcentrará y adicionalmente podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital.

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

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

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

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

Artículo 117. Recursos para fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control. Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se destinarán a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, por primera vez, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Los recursos del régimen subsidiado destinados por los municipios y distritos a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales, se incrementarán del 0.2% al 0.4%, que serán descontados de los recursos que el Sistema General de Participaciones para Salud se destinen a los subsidios a la demanda o de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA según la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo transitorio 1. Los recursos a que se refiere el inciso primero del literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se aplicarán a la auditoría para el cumplimiento del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados y el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios. Para este efecto la Superintendencia Nacional de Salud, acreditará empresas de interventoría con los cuales contratarán los municipios mediante concurso de méritos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá vigilancia sobre el proceso de ejecución de esta contratación.

Parágrafo transitorio 2. Mientras se reglamentan las funciones de auditoría, las empresas que hoy están prestando el servicio podrán continuar haciéndolo.

Artículo 118. Recursos por multas. Las multas impuestas por las Superintendencia Nacional de Salud serán apropiadas en el Presupuesto General de la Nación como recursos adicionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 119. Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

119.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.

119.2 Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.

119.3 Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

119.4 La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA o quienes hagan sus veces.

119.5 Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.

119.6 Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

119.7 Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas.

119.8 Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores.

Artículo 120. Presentación de informes financieros de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para la vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, y otros actores del sistema deberán presentar los estados financieros consolidados del grupo económico, incluyendo todas las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 121. Inspección, vigilancia y control a los deberes de los empleadores. La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) ejercerá la inspección, vigilancia y control del cumplimiento a los deberes de los empleadores conforme a lo establecido en el numeral 2 el artículo 161 de la Ley 100 de 1993

y sobre el monto y la distribución de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a lo establecido en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993. Igualmente, ejercerá inspección, vigilancia y control respecto de los trabajadores independientes y contratistas y las entidades que los asocien o agremien para su afiliación colectiva.

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

Artículo 122. Eje de acciones y medidas especiales. El numeral 5 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, quedará así:

“5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación”.

Artículo 123. Cesación provisional. El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar de manera inmediata, a la entidad competente, la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes o el destino de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

Artículo 124. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Adiciónense los literales e), f) y g), al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, así:

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

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

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

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

“La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sus-

tancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud, debe expresar con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante. La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. Dentro de los diez días siguientes a la solicitud se dictará fallo, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento. Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad”.

Artículo 125. Medidas cautelares en la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Adicionar un nuevo párrafo al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 así:

“Párrafo 3°. La Superintendencia Nacional de Salud, deberá:

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

2. Definir en forma provisional la Entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de afiliación múltiple y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

Artículo 126. Procedimiento sancionatorio. La Superintendencia Nacional de Salud aplicará las multas o la revocatoria de la licencia de funcionamiento realizando un proceso administrativo sancionatorio consistente en la solicitud de explicaciones en un plazo de cinco (5) días hábiles después de recibida la información, la práctica de las pruebas a que hubiere lugar en un plazo máximo de quince (15) días calendario, vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. La Superintendencia dispondrá de un término de diez (10) días calendario después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente. La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código Contencioso Administrativo.

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

Artículo 127. Conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho

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

127.1 Violar la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.

127.2 Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.

127.3 Impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.

127.4 Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.

127.5 No realizar las actividades en salud derivadas de enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

127.6 Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y en general por cualquier persona natural o jurídica.

127.7 Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

127.8 Incumplir con las normas de afiliación por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan afiliaciones colectivas o trabajadores independientes.

127.9 Incumplir la Ley 972 de 2005.

127.10 Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

127.11 Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos.

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

127.13 Obstruir las Investigaciones e incumplir las obligaciones de información.

127.14 Incumplir con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 128. Valor de las multas por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud. Además, de las acciones penales, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas,

directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre diez (10) y doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.

Las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos legales mensuales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.

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

Artículo 129. Multas por infracciones al régimen aplicable al control de precios de medicamentos y dispositivos médicos. La Superintendencia de Industria y Comercio impondrá multas hasta de cinco mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (5.000 SMLMV) a cualquiera de las entidades, agentes y actores de las cadenas de producción, distribución, comercialización y otras formas de intermediación de medicamentos, dispositivos médicos o bienes del sector salud, sean personas naturales o jurídicas, cuando infrinjan el régimen aplicable al control de precios de medicamentos o dispositivos médicos. Igual sanción se podrá imponer por la omisión, renuencia o inexactitud en el suministro de la información que deba ser reportada periódicamente.

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

Artículo 130. Multas por no pago de las acreencias por parte del Fosyga o la Entidad Promotora de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas entre cien y dos mil quinientos 100 y 2.500 salarios mínimos mensuales vigentes cuando el Fosyga, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, las obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando la Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. En caso de que el comportamiento de las Entidades Promotoras de Salud sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación.

Parágrafo. El pago de las multas que se impongan a título personal debe hacerse con recursos de su propio patrimonio y, en consecuencia, no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen, lo que procederá siempre que se pruebe que hubo negligencia por falta del funcionario.

Artículo 131. Dosificación de las multas. Para efectos de graduar las multas previstas en la presente ley, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

131.1 El grado de culpabilidad.

131.2 La trascendencia social de la falta o el perjuicio causado, en especial respecto de personas en debilidad manifiesta o con protección constitucional reforzada.

131.3 Poner en riesgo la vida o la integridad física de la persona.

131.4 En función de la naturaleza del medicamento o dispositivo médico de que se trate, el impacto que la conducta tenga sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

131.5 El beneficio obtenido por el infractor con la conducta en caso que este pueda ser estimado.

131.6 El grado de colaboración del infractor con la investigación.

131.7 La reincidencia en la conducta infractora.

131.8 La existencia de antecedentes en relación con infracciones al régimen de Seguridad Social en Salud, al régimen de control de precios de medicamentos o dispositivos médicos;

131.9 Las modalidades y circunstancias en que se cometió la falta y los motivos determinantes del comportamiento.

Artículo 132. Competencia de conciliación. La superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de parte en los conflictos que surjan entre el administrador del Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales.

TÍTULO VIII

DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA

Artículo 133. Política nacional de participación social. El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

133.1 Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.

133.2 Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.

133.3 Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.

133.4 Participar activamente en los ejercicios de definición de política.

133.5 Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.

133.6 Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

Artículo 134. Defensor del usuario de la salud. Para financiar el Defensor del Usuario en Salud de que trata el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998, deberá incluir el costo que demanda su organización y funcionamiento.

Artículo 135. Antitrámites en salud. El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley, deberá adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación y de la autorización, registro, auditoría, facturación y pago de los servicios de salud.

Artículo 136. Deberes y obligaciones. Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones:

136.1 Actuar frente al sistema y sus actores de buena fe.

136.2 Suministrar oportuna y cabalmente la información que se les requiera para efectos del servicio.

136.3 Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.

136.4 Procurar en forma permanente por el cuidado de la salud personal y de la familia y promover las gestiones del caso para el mantenimiento de las adecuadas condiciones de la salud pública.

136.5 Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del sistema.

136.6 Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del sistema.

136.7 Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado.

136.8 Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio.

136.9 Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del sistema en asuntos administrativos y de salud.

136.10 Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.

136.11 Hacer un uso racional de los recursos del sistema.

136.12 Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios.

136.13 Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del sistema.

136.14 Participar en los procesos de diseño y evaluación de las políticas y programas de salud; así como en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.

136.15 Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio.

TÍTULO IX

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 137. Enfermedades huérfanas. Modifícase el artículo 2° de la Ley 1392 de 2010, así:

“**Artículo 2°. Denominación de las enfermedades huérfanas.** Las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultrahuérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada.

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

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

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

Artículo 139. Difusión y capacitación para el desarrollo de la ley. El Ministerio de la Protección Social, con las entidades adscritas y vinculadas al sector salud, deberá organizar y ejecutar un programa de difusión del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de capacitación a las autoridades locales, las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras, trabajadores y, en general, a los usuarios que integren el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

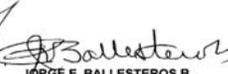
Artículo 140. Prueba del accidente en el SOAT. Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores.

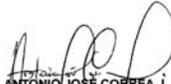
Artículo 141. De la reglamentación e implementación. El Gobierno Nacional en un lapso mayor de un mes a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley y la Ley 1164 de 2007, mediante acto administrativo.

El Gobierno Nacional tendrá hasta seis (6) meses a partir de la vigencia de esta ley para reglamentar y aplicar los artículos 27, 30 y 32 de la misma.

Artículo 142. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los parágrafos de los artículos 171, 172, 175, 215 y 216 numeral 1 de la Ley 100 de 1993, el parágrafo del artículo 3º, el literal (c) del artículo 13, los literales d) y j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 121 del Decreto-ley 2150 de 1995, el numeral 43.4.2 del artículo 43 y los numerales 44.1.7, 44.2.3 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, así como los artículos relacionados con salud de Ley 1066 de 2006.


DILIAN FRANCISCA TORO T
Coordinadora
Senadora de la República


JORGE E. BALLESTEROS B.
Coordinador
Senador de la República


ANTONIO JOSÉ CORREA J.
Coordinador
Senador de la República

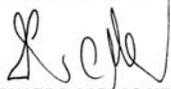

GILMA JIMÉNEZ G.
Ponente
Senadora de la República


GUILLERMO A. SANTOS M.
Ponente
Senador de la República


FERNANDO E. TAMAYO T.
Ponente
Senador de la República

MAURICIO OSPINA G.
Ponente
Senador de la República

GERMÁN B. CARLOSAMA L.
Ponente
Senador de la República


EDUARDO CARLOS MERLANO
Ponente
Senador de la República

COMISIÓN SÉPTIMA
CONSTITUCIONAL PERMANENTE
DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los un (1) días del mes de diciembre año dos mil diez (2010).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, del informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate, al Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara, por medio de la cual se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus Proyectos acumulados: 95 de 2010 Senado, 143 de 2010 Senado, 147 de 2010 Senado, 160 de 2010 Senado, 161 de 2010 Senado, 182 de 2010 Senado, 035 de 2010 Cámara, 087 de 2010 Cámara, 111 de 2010 Cámara y 126 de 2010 Cámara, en ciento veintiocho (128) folios y Texto contentivo de ciento cuarenta y dos (142) artículos.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para segundo debate y texto propuesto para segundo debate, que se ordena publicar, con proposición de debate (positiva), está refrendado por los honorables Senadores Dilian Francisca Toro Torres, Jorge Eliécer Ballesteros, Antonio José Correa Jiménez (Coordinadores) y Gilma Jiménez Gómez, Guillermo Antonio Santos Marín, Fernando Tamayo Tamayo y Eduardo Carlos Merlano Morales, en su calidad de ponentes. Los honorables Senadores Germán Bernardo Carlosama López y Mauricio Ernesto Ospina Gómez (ponentes), no refrendaron el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.