



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

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

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 535

Bogotá, D. C., jueves, 25 de julio de 2013

EDICIÓN DE 80 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

TEXTOS DEFINITIVOS EN COMISIÓN

TEXTO DEFINITIVO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 210 DE 2013 SENADO Y SUS ACUMULADOS LOS PROYECTOS DE LEY NÚMERO 233 DE 2013 SENADO Y 051 DE 2012 SENADO

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

(Aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Honorable Senado de la República, en sesiones ordinarias de fechas: mayo veintinueve (29) de 2013, según Acta 28, junio cuatro (4) de 2013, según Acta 29, junio cinco (5) de 2013, según Acta 30, junio once (11) de 2013, según Acta 31, junio doce (12) de 2013, según Acta 32 y junio trece (13) de 2013, según Acta 33, de la legislatura 2012-2013)

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

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

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

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

El Sistema tendrá las siguientes características:

- a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Gobierno Nacional;
- b) Afiliará a todos los habitantes en el territorio colombiano;
- c) Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial;
- d) Contará con una entidad que será la responsable de la afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;
- e) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;
- f) Tendrá un plan de beneficios individuales al cual accederán todos los afiliados;
- g) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9ª de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan;
- h) Tendrá atención primaria y complementaria **garantizada por** los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta;
- i) Operará mediante esquemas de integración territorial **definidos, planificados, vigilados, controlados y coordinados por las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, de que trata el artículo 33 de la presente ley**, en los términos que defina el Mi-

nisterio de Salud y Protección Social. Para el efecto, conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;

j) Tendrá Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, los cuales actuarán dentro de redes integradas;

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

l) Tendrá Comisiones de Área de Gestión Sanitaria encargadas **de definir, planificar, vigilar, controlar y coordinar la adecuada operación del sistema de salud, conforme con el artículo 33 de esta ley.**

m) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud **y tomar parte en las decisiones que esta ley consagre**”;

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

o) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, para los cuales la ley definirá sus fuentes de financiamiento, garantizando para ellos el único plan de beneficios.

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

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

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

c) El aporte de las tecnologías en salud;

d) La capacidad de la red hospitalaria;

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

f) Los resultados de las políticas de salud pública;

g) La inspección vigilancia y control;

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

i) La sostenibilidad financiera;

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

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

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

Artículo 5°. *Principios del sistema.* El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i) **Equidad.** El Sistema garantiza el acceso a la prestación de los servicios a toda la población, independientemente de su capacidad de pago y de sus condiciones particulares;

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

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

l) **Progresividad.** El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económi-

cas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estado;

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

n) **Sostenibilidad.** El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, siguiendo criterios para su flujo efectivo;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Salud pública y atención primaria en salud

Artículo 6°. *Salud pública.* Se entiende por salud pública el conjunto de acciones colectivas llevadas a cabo sobre las comunidades y sus entornos, dirigidas y ejecutadas por el Estado para mantener la salud y prevenir la enfermedad. Incluye acciones sectoriales e intersectoriales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente así como a intervenir sus determinantes sociales, que contribuyen a reducir la inequidad en el nivel de salud entre los distintos grupos poblacionales.

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

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

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

ii) Los modelos de evaluación, seguimiento y control;

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

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

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

Parágrafo 3°. La prestación de estas acciones se realizará mediante contratación con instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el sistema de garantía de la calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de Salud Pública y los resultados en salud de las mismas.

Artículo 7°. *Plan Decenal de Salud Pública*. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años un Plan Decenal de Salud Pública, el cual contendrá el diagnóstico, las prioridades y los lineamientos de acción del país y sus territorios en materia de salud pública y atención individual en salud. Establecerá las pautas para una acción coordinada y articulada entre sectores y actores para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública, de prestación de servicios y del abordaje conjunto de los determinantes sociales de la salud.

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrollará en las Entidades Territoriales mediante Planes Territoriales de Salud formulados cada cuatro (4) años. Estos planes serán elaborados en forma coordinada con los Consejos Locales de Política Social, las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, los Gestores de Servicios de Salud y con la participación de las comunidades, quienes tendrán en cuenta las recomendaciones y decisiones de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública. Su ejecución a nivel territorial se hará en el marco de la estrategia de atención primaria, los planes territoriales de salud y los planes operativos locales.

Artículo 8°. *Planes Territoriales de Salud*. El Plan Territorial de Salud define el diagnóstico, las prioridades y los lineamientos de acción del territorio en materia de salud pública y atención individual en salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Contiene los programas, estrategias e intervenciones orientadas a garantizar el logro de los objetivos, metas y resultados en salud de la entidad territorial, organizadas en tres (3) componentes:

- i) Promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud;
- ii) Las prioridades que debe desarrollar cada Gestor de Servicios de Salud en su población a cargo y los resultados esperados de su gestión en aspectos como detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de los eventos de interés en salud pública; y
- iii) Fortalecimiento y ejercicio de la autoridad sanitaria y de gestión en salud pública en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.

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

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

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

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

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

Igualmente y en coordinación con sus institutos descentralizados, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, definirán los lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de investigación, priorizando las acciones que deban desarrollarse con recursos públicos para lo cual, en coordinación con Colciencias podrán promover alianzas estratégicas con los diferentes actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

CAPÍTULO III

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

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

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

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

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

Artículo 13. *Objeto*. La Unidad de Gestión tiene por objeto administrar el registro de la afiliación de la población, recaudar las cotizaciones, administrar los recursos a su cargo, realizar los pagos, giros o transferencias, y administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquella pertinente para la administración del Sistema.

Artículo 14. *Funciones de la unidad de gestión.* Para desarrollar el objeto, la unidad de gestión tendrá las siguientes funciones:

- a) Administrar el registro de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del territorio colombiano;
- b) Recaudar las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo de Salud y las demás que la ley determine;
- c) Administrar los recursos del sistema;
- d) Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector salud - Fonsaet creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 y modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013;
- e) Ordenar el pago, efectuar los giros directos en nombre de los Gestores de Servicios de Salud o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema;
- f) Administrar los mecanismos de reaseguro y redistribución de riesgo;
- g) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social;
- h) Implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo;
- i) Las demás necesarias para el desarrollo de su objeto.

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará el cobro coactivo derivado del no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas obligadas.

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

Artículo 15. *Domicilio y patrimonio.* La unidad de gestión tendrá domicilio en Bogotá, D. C. Su patrimonio estará conformado por los aportes del Presupuesto General de la Nación, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, el patrimonio del Fosyga y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la unidad de gestión.

Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la unidad de gestión se financiarán con recursos del Presupuesto General de la Nación y con un porcentaje de los recursos administrados que defina el reglamento, en ningún caso se financiarán con los recursos del Sistema General de Participaciones o con las rentas cedidas propiedad de las Entidades Territoriales.

Artículo 16. *Recursos que recaudará y administrará la unidad de gestión.* Salud-Mía recaudará y administrará los siguientes recursos:

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;
- b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;

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

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

e) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales;

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

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

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

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

j) Los recursos del Fonsat, creado por el Decreto-ley 1032 de 1991, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 Decreto-ley 019 de 2012 destinado a financiar la cobertura del Soat.

k) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito - Soat, que se cobrará en adición a ella;

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

m) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda de los Departamentos y el Distrito Capital. Estos recursos serán girados desde el generador directamente a la entidad. La Entidad Territorial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;

n) Los rendimientos financieros que se generen por la administración de los recursos a que se refiere el presente artículo;

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

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

Parágrafo 2°. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse, sin situación de fondos, en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.

Parágrafo 3°. Los recursos del Presupuesto General de la Nación que se destinen al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud se presupuestarán como transferencias las cuales se entenderán ejecutadas con su giro a Salud-Mía.

Parágrafo 4°. Los recursos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos del subsidio familiar, no hacen parte del Presupuesto General de la Nación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;

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

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

n) **Pago por la prestación de servicios de salud, que en los casos que corresponda se hará directamente al prestador de servicios de salud.**

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

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

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

Artículo 18. Órgano de dirección y administración. La entidad tendrá una Junta Directiva que ejercerá las funciones que le señalen los estatutos. La Junta estará conformada por nueve (9), miembros, el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público, dos (2) representantes del Presidente de la República, el Director General del Departamento Nacional de Planeación, un (1) representante de los gobernadores elegido a través de la Federación Nacional de Departamentos y dos (2) representantes de los Alcaldes, elegido uno (1) por las ciudades capitales y uno (1) por demás municipios y uno (1) representante de los usuarios designados por las asociaciones de usuarios. La administración de la entidad estará a cargo de un Presidente, el cual será de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República.

Parágrafo. La junta podrá invitar cuando el tema lo amerite, a los actores más representativos del Sistema de Seguridad Social en Salud, quienes tendrán voz pero no voto.

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

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

“Parágrafo. Los empleos de carrera administrativa de Salud Mía serán provistos atendiendo lo estipulado en la Ley 909 de 2004”.

CAPÍTULO IV

Plan de Beneficio de Salud Mi-Plan

Artículo 20. *Plan de Beneficio de Salud Mi-Plan.* El Plan de Beneficios de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, corresponde a los servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país y requeridas para atención en salud. Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con los criterios definidos en el presente capítulo.

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

La gestión y autorización de pago de los servicios y tecnologías de salud de Mi-Plan estará a cargo de

los Gestores de Servicios de Salud, los cuales no podrán realizar cobros por ningún tipo de atención.

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

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

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

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

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

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

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

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

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará las clasificaciones de las tecnologías, los precios de los servicios y tecnologías de salud con fundamento en la política farmacéutica nacional y otras políticas que se formulen al respecto.

Artículo 23. *Información sobre servicios y tecnologías de salud.* La información sobre precio, usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías de salud es de interés público. El Ministerio de

Salud y Protección Social establecerá los contenidos, flujos y oportunidad de la información que los actores deben reportar.

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

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

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

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

CAPÍTULO V

Atención individual y redes de prestación de servicios de salud

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

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

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

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

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

- b) Los Prestadores de Servicios de Salud Complementarios son los agentes responsables de las prestaciones individuales de salud que requieren de

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

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

Parágrafo 2°. En los servicios de salud primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del régimen subsidiado, y **a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.** En los servicios de salud complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, lo cual no será barrera o límite para su debida atención.

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

Artículo 27. *Red de Prestación de Servicios de Salud.* La Red de Prestación de Servicios de Salud es el conjunto de prestadores habilitados para ofrecer los servicios de Mi-Plan dentro de una Área de Gestión Sanitaria.

Los Gestores de Servicios de Salud que operen en cada Área de Gestión Sanitaria son los responsables de conformar su Red de Prestación de Servicios de Salud que garantice, de manera integral y suficiente, las prestaciones de servicios y tecnologías de salud incluidas en Mi-Plan. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará criterios para que los Gestores de Servicios de Salud contraten con los Prestadores de Servicios de Salud. En todo caso dichos criterios deben tener en cuenta, como mínimo, la disponibilidad de Prestadores de Servicios de Salud habilitados en el Municipio, Distrito o Área de Gestión Sanitaria, garantizando la suficiencia e integralidad de la Red de Prestación de Servicios de Salud y la libre elección por parte de los usuarios.

Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada, salvo causas de fuerza mayor que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

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

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

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

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

En las zonas de difícil acceso los prestadores de servicios de salud y los gestores de servicios de salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.

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

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

CAPÍTULO VI

Gestores de Servicios de Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) **Gestionar la operación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integridad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

r) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, **cada 6 meses**, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud; **utilizando para este efecto medios masivos de comunicación públicos y privados así como las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones TIC.**

s) Tramitar y pagar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema

General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine Salud-Mía.

Parágrafo transitorio. Mientras Salud-Mía inicia las funciones de afiliación, recaudo, gestión de cobro, administración de los recursos y conciliación de las cotizaciones que defina el reglamento, las Entidades Promotoras de Salud y los Gestores de Servicios de Salud podrán adelantar dichas funciones”.

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

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

Entre sus funciones están:

- a) Habilitación y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;
- b) Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud;
- c) Conformación de la Red de Prestación de Servicios de Salud garantizados los Gestores de Servicios de Salud;
- d) Definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;
- e) Coordinación con los diferentes sectores públicos y privados en el manejo de los determinantes sociales de la salud.

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

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

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir un número mínimo y máximo de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para una Área de Gestión Sanitaria, salvo condiciones de fuerza mayor que defina el MSPS.

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

Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo la integralidad, suficiencia y libre elección de la Red de Prestación de Servicios de Salud que organicen, respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica.

La verificación permanente del cumplimiento de las condiciones de habilitación y su cumplimiento continuo que determinen su permanencia en el Área

de Gestión Sanitaria, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se tendrán en cuenta las recomendaciones que para el efecto señalen las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria en sus informes periódicos de evaluación y seguimiento a estas entidades.

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

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

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

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

Artículo 37. *Gestores de Servicios de Salud con participación pública*. Los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, presentes en una Área de Gestión Sanitaria, de manera individual o asociados entre sí o con un tercero, y en cuya jurisdicción se encuentre más de un millón (1.000.000) de habitantes, podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos de habilitación. En cada Área de Gestión Sanitaria solo podrá operar un Gestor de Servicios de Salud de estas características.

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

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

Parágrafo 2°. Se exceptúa de la presente prohibición cuando se trate de Gestores y Prestadores de Servicios de naturaleza pública y mixta, siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50% y las Cajas de Compensación Familiar.

Artículo 39. *Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud*. Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes

reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 40. *Pago a los Prestadores de Servicios de Salud.* Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red, el mecanismo y la forma de pago por los servicios pactados. Con base en ello ordenará a Salud-Mía realizar los giros correspondientes a los Prestadores de Servicios de Salud.

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

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

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

Para efectos de la relación entre Salud-Mía y los Gestores de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología y el conjunto de indicadores de desempeño de los Gestores de Servicios de Salud y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos indicadores como mínimo deberán enfocarse en: el logro de metas o resultados esperados en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; el mejoramiento de calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos. El nivel de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud **afectará** el valor total proveniente del per cápita asignando para las prestaciones individuales de Mi-Plan, así como los excedentes al final de la vigencia o su reserva. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.

Cuando un gestor de servicios de salud no cumpla con una o varias de las metas planteadas por el Ministerio de Salud en relación con sus indicadores de desempeño, no tendrá derecho a percibir el saldo por excedentes de que trata el artículo 40 de la presente ley y se castigarán los recursos que van a su reserva en Salud-Mía.

La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo, debe ser suministrada por los Gestores de Servicios de Salud. La falta de veracidad, oportunidad, suficiencia o claridad en los mismos será sancionado conforme los literales b), c), d), e) y f) del artículo 74 de la presente ley, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarias y penales a que haya lugar.

En cuanto a la relación entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, estos podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos **suje- tos a** la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

CAPÍTULO VII

Talento humano en salud

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

Los residentes participan en la prestación de servicios de salud mediante el ejercicio de su profesión o especialización en la que acrediten título reconocido por el Estado colombiano, y realizan aquellas actividades que correspondan al desarrollo gradual de las competencias de la especialización que cursen.

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

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

Como mínimo se destinará el 10% de los cupos residentes que ofrecen las Universidades para minorías étnicas. En caso de que no se presenten solicitudes de estos cupos, las Universidades podrán disponer de los mismos, dentro de su autonomía universitaria. La pertinencia a las respectivas minorías deberán ser certificadas por sus respectivos consejos comunitarios y organizaciones de comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y para el caso de comunidades indígenas y rom de sus respectivas autoridades.

Las Instituciones de Educación Superior debidamente reconocidas y las instituciones autorizadas en los términos del artículo 137 de la Ley 30 de 1992 que cuenten con acreditación de alta calidad o con programa de pregrado en medicina con acreditación de alta calidad, podrán aumentar los cupos de admisión en los programas de especializaciones médicas sin autorización previa del Ministerio de Educación Nacional. De lo anterior, se debe informar con anterioridad a la implementación de la modificación a los Ministerios de Educación Nacional y Salud y Protección Social. El Ministerio de Educación Nacional podrá adelantar en cualquier momento la verificación de las condiciones de calidad de los programas académicos.

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

A partir del 1° de enero de 2016, los cupos de formación de residentes deberán corresponder a em-

pleos creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y disponer de las condiciones legales de vinculación laboral en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas.

Los hospitales universitarios y clínicas que se encuentren debidamente acreditados por parte del Ministerio de Salud podrán ofrecer formación de posgrado y titular a sus estudiantes en las áreas de las ciencias de la salud que determine el Gobierno Nacional.

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

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

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

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

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

“El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud reconocida como escenario de práctica **que cumple condiciones especiales en las áreas de docencia, investigación y extensión, para el desarrollo de programas de formación superior del área de salud de pregrado y posgrado, que le permiten** ofrecer conjuntamente con instituciones de educación superior programas de especializaciones clínicas, en el marco de una relación a largo plazo.

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

El Gobierno Nacional definirá los requisitos mínimos que deberán cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener el reconocimiento como Hospital Universitario, y los criterios para su evaluación, **para lo cual tendrá un término de seis meses a partir de la aprobación de la presente ley.**

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.

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

- a) Acceso a cupos educativos de programas de especialización brindados por las Instituciones de Educación Superior oficiales, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos académicos exigidos.
- b) Acceso a la financiación de educación en cualquiera de sus niveles y programas de formación continua, según oferta y recursos disponibles.
- c) Acceso a créditos, becas y otros incentivos educativos financiados con recursos públicos.
- d) Acceso a recursos para el financiamiento de proyectos de investigación.

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

Parágrafo. En la selección de residentes para el ingreso al empleo temporal, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas deberán asignar una especial valoración al ejercicio previo en zonas de alta dispersión geográfica de la población o de difícil acceso.

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

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

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:

- a) Título otorgado por una institución de educación superior debidamente reconocida o por una institución autorizada en los términos del artículo 137 de la Ley 30 de 1992, en los niveles de formación

técnico-profesional, tecnológico, profesional o especialización, según la normativa que regule el servicio público de la educación superior.

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

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

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

CAPÍTULO VIII

Disposiciones de las Empresas Sociales del Estado

Artículo 51. *Clasificación de los servidores públicos vinculados a las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial.* Los servidores de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, tendrán la calidad de empleados públicos y se clasifican en:

a) **De libre nombramiento y remoción**, que corresponden a los empleos que cumplen funciones de:

- Dirección, conducción y orientación institucional, incluido el Gerente o Director y el Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión o quien haga sus veces;
- Especial confianza que tengan asignadas funciones de asesoría institucional, asistenciales o de apoyo, que estén al servicio directo del Director o Gerente de la Empresa, y
- Administración y manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.

b) **De carrera**, que corresponde a los empleos que cumplen funciones de:

- Apoyo a la gestión administrativa y financiera;
- Apoyo a la gestión asistencial en salud, diferentes a la atención directa en salud a los pacientes;
- Mantenimiento de planta física, industrial, hospitalaria y de equipo biomédico y servicios generales, cuando estos sean prestados por personal de planta;

c) **Servidores de la salud**, que corresponde a una nueva categoría de empleado público que se registrará por las disposiciones contenidas en la presente ley y comprende a quienes cumplen funciones asistenciales en salud, de cualquier nivel jerárquico con excepción de los empleos clasificados en el nivel directivo, relacionados con la atención directa en salud a los pacientes en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Parágrafo. Los empleados públicos clasificados en la presente ley como de carrera, se registrarán para su ingreso y permanencia por lo señalado en la Ley 909 de 2004 y en las normas que la reglamenten, modifiquen o sustituyan.

En caso de supresión del empleo de los servidores con derecho de carrera, como consecuencia de un proceso de reestructuración o de modernización de la entidad, tendrán derecho a percibir la indemnización de que trata la Ley 909 de 2004, en los mismos términos y condiciones allí establecidas.

En caso de supresión del empleo de los servidores que adquirieron la categoría de empleados públicos y que venían clasificados como trabajadores oficiales, como consecuencia de un proceso de reestructuración o de modernización de la entidad, tendrán derecho a percibir la indemnización pactada en la respectiva convención colectiva, mientras esta se encuentre vigente.

Artículo 52. Clases de nombramiento. Los nombramientos de los empleados que presten los servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, serán ordinarios, en período de prueba o de ascenso y de la salud, así:

1. Los empleos de libre nombramiento y remoción serán provistos por nombramiento ordinario, previo cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del empleo.

2. Los empleos de carrera se proveerán en período de prueba o en ascenso con las personas que hayan sido seleccionadas mediante el sistema de mérito, siguiendo el procedimiento señalado en la ley que regule el sistema general de carrera.

3. Los empleos de servidores de la salud se proveerán mediante resolución, en la cual se deberá indicar:

- a) El tiempo de vinculación.
- b) La descripción de las funciones de acuerdo con la actividad o proyecto a desarrollar.
- c) La apropiación y disponibilidad presupuestal para cubrir el pago de salarios y prestaciones sociales.

Parágrafo. El tiempo de vinculación de los servidores de la salud se determinará en función de las necesidades de la Empresa Social del Estado, del nivel nacional y territorial, para atender los servicios efectivamente contratados a la Empresa y por la continuidad de los mismos.

Artículo 53. Régimen salarial y prestacional. Los empleados de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial tendrán un régimen especial en materia salarial y prestacional y se fijará por las autoridades competentes bajo los parámetros que señale el Gobierno Nacional, con base en las normas, criterios y objetivos contenidos en la Ley 4ª de 1992. En todo caso se deberán respetar los derechos adquiridos. Se tendrán como derechos adquiridos los que hayan ingresado al patrimonio del servidor, los cuales no podrán ser afectados.

El Gobierno Nacional establecerá la nomenclatura de empleos aplicable a los servidores de la salud, los demás empleos se regirán por la nomenclatura prevista en los Decretos-ley 785 y 770 de 2005, según corresponda, o en las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Parágrafo transitorio. Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que adquirieron la categoría de empleados públicos y que venían clasificados como trabajadores oficiales, mientras permanezcan vinculados a la planta de personal de la respectiva Empresa Social del Estado del nivel nacional o territorial se le respetarán los derechos adquiridos en materia salarial y prestacional, señalados en la respectiva convención colectiva, mientras esta se encuentre vigente.

Artículo 54. Régimen de administración de personal. Los empleados de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial se regirán en

materia de administración de personal por lo dispuesto en los Decretos 2400 y 3074 de 1968 y demás normas que los modifiquen, reglamenten, sustituyan o adicionen.

Artículo 55. Causales de retiro del servicio de los servidores de las Empresas Sociales del Estado. El retiro del servicio de quienes estén desempeñando empleos de libre nombramiento y remoción y de carrera se producirá por las causales señaladas en el artículo 41 de la Ley 909 de 2004. El retiro de los servidores de la salud se producirá, además de las causales ya señaladas, por las siguientes:

1. Por cumplimiento del término para el cual fue vinculado cuando no haya continuidad en la prestación del servicio.

2. Por terminación anticipada de la actividad o proyecto para el cual fue vinculado.

Parágrafo transitorio. Los Gerentes o Directores cuyo período no haya culminado a la expedición de la presente ley continuarán en el desempeño de su empleo hasta el cumplimiento del período o por el retiro por evaluación, una vez el empleo se encuentre vacante deberá proveerse mediante nombramiento ordinario.

Artículo 56. Continuidad de la relación. Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encontraban vinculados en calidad de trabajadores oficiales quedarán automáticamente incorporados en calidad de provisionales, sin solución de continuidad, en los empleos de carrera que se creen para el efecto dentro de las plantas de personal, y tendrán derecho de acceder a la carrera administrativa a través del proceso de selección que previa convocatoria se adelante para proveer el empleo. Mientras permanezcan en provisionalidad solo podrán ser retirados del cargo por las causales señaladas en el artículo 41 de la Ley 909 de 2004 y demás normas que la modifiquen o adicionen, o por supresión del cargo.

Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente ley, tengan la calidad de empleados públicos con derechos de carrera administrativa se incorporarán automáticamente, sin solución de continuidad, a los empleos de carrera equivalentes que se creen para el efecto dentro de las plantas de personal; una vez el empleo quede vacante por cualquier causal de las señaladas en la Ley 909 de 2004 se deberá ajustar su naturaleza a la nueva clasificación de empleos señalada en la presente ley.

Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encontraban vinculados mediante nombramiento provisional, que vienen ejerciendo funciones a que se refiere el literal b) del artículo 3º de la presente ley se incorporarán automáticamente, en las mismas condiciones, a la planta de personal de la respectiva Empresa Social del Estado y tendrán derecho de acceder a la carrera administrativa a través del respectivo proceso de selección.

Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encontraban vinculados mediante nombramiento provisional que vienen ejerciendo funciones a que se refiere el literal c) del artículo 3º de la presente ley se incorporarán automáticamente, a la planta de personal de la respectiva ESE y su nom-

bramiento se ajustará a la nueva clasificación de empleos señalada en la presente ley.

Las nuevas vinculaciones que se efectúen con posterioridad a la publicación de la presente ley deberán realizarse de conformidad con lo previsto para el nuevo régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado acá definido.

Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados incorporados a las nuevas plantas de personal se computará desde la fecha de ingreso a la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.

Parágrafo transitorio. Los servidores de las Empresas Sociales del Estado que automáticamente se incorporen en la nueva planta de personal y que en razón del régimen general para los empleados públicos no cumplan requisitos para la vinculación en cargos que les permita percibir cuando menos una asignación básica mensual igual a la que venían recibiendo, serán incorporados en el empleo para el cual los acrediten. En todo caso, el Gobierno Nacional adoptará las medidas con el fin de mantener la remuneración que venían percibiendo, la que devengarán mientras permanezcan en el cargo.

Artículo 57. *Plantas de personal.* Las plantas de empleos de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional serán adoptadas por el Presidente de la República y las de nivel territorial por la respectiva Junta Directiva, de acuerdo con la clasificación señalada en la presente ley, la nomenclatura de empleos fijada en el Decreto-ley 785 de 2005 y las normas que le modifiquen, adicionen o sustituyan; y la escala salarial que para tal efecto determine, en cada caso, el Presidente de la República, las Asambleas Departamentales y los Concejos Municipales o Distritales.

Las plantas de personal deberán ser globales identificando el número de empleos requeridos de acuerdo con la clasificación de los servidores de las Empresas Sociales del Estado, definido en el artículo 3° de la presente ley, y fundarse en necesidades del servicio, basarse en justificaciones o estudios técnicos que así lo demuestren, indicando qué empleos corresponden a tiempo completo y cuáles a tiempo parcial.

Al determinar las plantas de personal de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional y territorial, las respectivas autoridades competentes determinarán para el caso de la prestación de servicios funciones asistenciales en salud el número máximo de empleos requeridos de servidores de la salud.

Artículo 58. *Ajustes a la planta de personal.* Las autoridades y/o las instancias nacionales o territoriales competentes deberán adelantar los estudios para realizar los ajustes necesarios a las plantas de personal y a los respectivos manuales de funciones y de competencias laborales de las Empresas Sociales del Estado al nuevo régimen laboral y de clasificación de empleos previstos en la presente ley.

Para ello tendrán en cuenta la nueva clasificación de empleos y la nueva nomenclatura y los parámetros que fije el Gobierno nacional para la nueva categoría de servidores de la salud. El Departamento Administrativo de la Función Pública prestará la asesoría para la modificación de las plantas de personal de las Empresas Sociales del Estado y expedirá los instructivos que se requieran para el efecto.

Artículo 59. *Jornada ordinaria de trabajo para los servidores del sector salud.* La jornada ordinaria de trabajo de los servidores del sector salud es la que convengan las partes o, a falta de convenio la máxima legal establecida en el Decreto-ley 1042 de 1978.

Parágrafo. *Trabajo suplementario.* Solo cuando el trabajo exceda de cuarenta y cuatro (44) horas semanales habrá lugar al reconocimiento y pago de recargo por trabajo suplementario. La autorización para laborar horas extras solo podrá otorgarse cuando exista disponibilidad presupuestal. En ningún caso un servidor del sector salud podrá laborar más de veintiocho (28) horas extras en la semana.

Artículo 60. *Jornada máxima legal de trabajo para los servidores del sector salud.* La duración máxima legal de la jornada ordinaria de trabajo para los empleados de las Empresas Sociales del Estado del nivel nacional y territorial es de cuarenta y cuatro (44) horas a la semana.

Para los empleados públicos que cumplen funciones en el campo médico-asistencial en las entidades prestadoras de servicios de salud, en concordancia con el artículo 2° de la Ley 269 de 1996 su jornada máxima podrá ser de 12 horas diarias, sin que en la semana exceda de 66 horas, pero únicamente para aquellos que tengan más de una vinculación con el Estado.

Los servidores del sector salud que desempeñen cargos de dirección confianza y/o manejo quedan excluidos de la regulación sobre jornada máxima legal de trabajo.

Artículo 61. *Jornadas de trabajo.* La jornada semanal de cuarenta y cuatro (44) horas de trabajo de los servidores del sector salud, podrá desarrollarse mediante jornadas diarias flexibles de trabajo distribuidas en máximo seis (6) días a la semana con un día de descanso obligatorio que podrá coincidir o no con el domingo. El número de horas de trabajo diario podrá repartirse de manera variable durante la semana y podrá ser mínimo de seis (6) horas continuas y hasta doce (12) horas diarias, sin lugar a ningún recargo por trabajo suplementario cuando el número de horas de trabajo, no exceda el promedio de cuarenta y cuatro (44) horas semanales.

Entre el final de una jornada diaria y el inicio de la siguiente, mediará como mínimo, doce (12) horas de descanso. En ningún caso un servidor de la salud podrá laborar más de doce (12) horas continuas en un mismo día.

Parágrafo. *Disponibilidad.* Se entiende por disponibilidad médica, la actividad que realiza un médico especialista fuera de su jornada ordinaria de trabajo, consistente en estar a disposición y localizable para hacerse presente dentro del tiempo requerido para atender el evento en salud, por lo cual recibirá una remuneración especial, que se fijará en desarrollo de la Ley 4ª de 1992.

Artículo 62. *Trabajo diurno y nocturno.* El trabajo diurno es el que se realiza entre las seis horas (06:00 a. m.), y las diez y ocho horas (06:00 p. m.). El trabajo nocturno es el comprendido entre las diez y ocho horas (06:00 p. m.) y las seis horas (06:00 a. m.).

Artículo 63. *Remuneración del trabajo nocturno.* El trabajo nocturno, por el solo hecho de ser nocturno se remunera con un recargo del treinta y cinco por ciento (35%) sobre el valor de la asignación básica del trabajo diurno.

Artículo 64. *Remuneración del trabajo suplementario.* El trabajo extra diurno se remunera con un recargo del veinticinco por ciento (25%) sobre el valor del trabajo ordinario diurno. El trabajo extra nocturno se remunera con un recargo del setenta y cinco por ciento (75%) sobre el valor del trabajo ordinario diurno.

Artículo 65. *Remuneración de trabajo en día de descanso dominical remunerado y en día festivo.* El trabajo en día de descanso dominical y festivos se remunerará con un recargo del ciento por ciento (100%) sobre el salario ordinario en proporción a las horas laboradas.

Si con el domingo coincide otro día de descanso remunerado solo tendrá derecho el servidor del sector salud, si trabaja, al recargo establecido en el literal anterior.

Parágrafo. Solo cuando el servidor del sector salud labore en día de descanso dominical remunerado de manera habitual, tendrá derecho a que se le reconozca un descanso compensatorio remunerado, sin perjuicio de la retribución en dinero prevista en este artículo.

Cuando el trabajo del servidor del sector salud se desarrolle en día de descanso dominical remunerado de manera ocasional, el servidor del sector salud tendrá derecho a un descanso compensatorio remunerado o a una retribución en dinero, de conformidad con lo indicado en este artículo y a su elección.

El descanso compensatorio deberá concederse al servidor del sector salud en la semana siguiente al domingo laborado.

Se entiende que el trabajo dominical es ocasional cuando el servidor del sector salud labora hasta dos domingos durante el mes calendario. Se entiende que el trabajo dominical es habitual cuando el servidor del sector salud labore tres o más domingos durante el mes calendario.

Artículo 66. *Negociación de la relación laboral.* En materia de negociación de la relación laboral a los empleados de las Empresas Sociales del Estado se les aplicará lo dispuesto en el Decreto 1092 de 24 de mayo de 2012, y en las normas que lo modifiquen o adicionen.

Los negociadores en representación de la parte empleadora, no se podrán beneficiar de los acuerdos colectivos de trabajo.

Parágrafo. En las Empresas Sociales del Estado podrá haber un máximo de doce (12) fueros sindicales correspondientes a Junta Directiva y Comisión de reclamos de las Organizaciones Sindicales que existan. En todo caso se respetarán los derechos adquiridos.

Artículo 67. *Exclusividad.* A ningún servidor del sector salud podrá exigírsele exclusividad. Todo servidor del sector salud podrá laborar para otro empleador del sector público y/o privado o por cuenta propia en labores similares o conexas a las de su profesión y/o especialidad. De acuerdo con las limitaciones señaladas en el artículo 8° de esta norma, en caso de tratarse de vinculaciones con el Estado.

Artículo 68. *Procesos de selección en curso.* Los procesos de selección para proveer empleos de carrera que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren en curso y que aún no tengan listas de elegibles se suspenderán para los empleos que se clasifican en la presente ley como servidores de la

salud. Dichos empleos deberán ajustarse a la nueva naturaleza y proveerse siguiendo el procedimiento señalado en la presente ley.

Los empleos que correspondan a la nueva categoría de servidores de la salud, que no se hayan ajustado las plantas de personal no deberán convocarse a concurso de méritos y se proveerán siguiendo el procedimiento señalado en la presente ley.

CAPÍTULO IX

Inspección, vigilancia y control

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

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

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

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

- Cuando las entidades vigiladas no prestan el servicio público de salud con la continuidad y calidad debidas;
- Cuando persista en violar, en forma grave, las normas a las que deben estar sujetos o incumplir sus contratos;
- Cuando incumpla, en forma reiterada, las órdenes e instrucciones expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud;
- Cuando se ha suspendido o se teme que pueda suspender el pago de sus obligaciones con terceros.

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

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

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

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

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

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

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

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

El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:

a) El auto de apertura de investigación se notificará, conforme al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo al Representante Legal de la entidad vigilada, en él se manifestarán las razones y fundamentos de la apertura de investigación y se indicará la fecha y lugar en que se llevará la primera audiencia de trámite, en donde de forma oral el investigado presentará descargos y las pruebas que considere pertinentes. Durante el trámite de dicha audiencia, se decretarán las pruebas de oficio o a petición de parte, si a ello hubiere lugar;

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

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

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

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

El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

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

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

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

d) La Superintendencia dispondrá de un (1) mes, después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión, para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente;

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

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

Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan mérito ejecutivo.

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

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

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

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

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

e) Revocatoria de la habilitación;

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 77. La Superintendencia de Salud ejercerá el control y la obligación de reporte al Sistema de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (SISMED), e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones.

CAPÍTULO X

Disposiciones transitorias

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

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

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

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

Artículo 80. *Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud.* Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con

lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán.

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 85. *Recobros y reclamaciones ante el Fosyga.* Los recobros y reclamaciones ante Fosyga que hubieren sido glosados caducarán en dos (2) años. Para su reconocimiento y pago se exigirá los

requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, previa auditoría que será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud. Los documentos soporte de los recobros y reclamaciones podrán ser presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO XI

Disposiciones finales

Artículo 87. *Fondo de garantías para el sector salud.* Salud-Mía dispondrá de un fondo destinado a la administración de los mecanismos financieros necesarios para preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los siguientes objetivos:

- a) Procurar que los agentes del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria que permita dar continuidad a la prestación de servicios de salud;
- b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento;
- c) Participar transitoriamente en el capital de los agentes del Sistema;
- d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de los agentes del Sistema;
- e) Cesión de cartera.

Los ingresos del fondo podrán ser:

- a) Recursos del Presupuesto General de la Nación;
- b) Aportes de los agentes con cargo al porcentaje de administración y de los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes;
- c) Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores hasta el momento en que entre en operación Salud-Mía;

- d) Los rendimientos financieros de sus inversiones;
- e) Los recursos de la subcuenta de garantías del Fosyga, resultantes de su supresión;
- f) Los demás que obtenga a cualquier título.

Los términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías para la Salud los establecerá el Gobierno Nacional. Los recursos que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros se incorporarán al portafolio del Fondo, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal a la respectiva subcuenta.

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

Artículo 88. *Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones.* Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud cofinanciarán los componentes del Régimen Subsidiado, las acciones de salud pública y la prestación de servicios de salud realizada por los prestadores públicos, la cual se denominará como oferta pública. El Conpes Social determinará los porcentajes de los componentes señalados en el presente artículo, de conformidad con las prioridades de política del Sistema.

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

- a) Una bolsa para cofinanciar la atención a la Población Pobre No Afiliada a cargo de las Entidades Territoriales (PPNA);
- b) Una bolsa que contribuya al financiamiento de la oferta mínima esencial en condiciones de eficiencia en los Departamentos y Distritos, a través de instituciones de carácter público, no asociada a la producción y venta de servicios de salud;
- c) Una bolsa para financiar el Fonsaet de conformidad con la Ley 1608 de 2013;
- d) Una bolsa para compensar las diferencias en la distribución del Sistema General de Participaciones producto de variaciones en la población, y para incentivar la eficiencia de la Red de Prestadores de Servicios de Salud públicos.

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

Parágrafo 1°. Los aportes patronales no podrán incrementarse de un año a otro por encima de la inflación, excepto por incremento de reformas legales.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá disponer de los recursos del Sistema General de Participaciones de oferta pública para financiar el valor por persona de Mi-Plan y definir la transformación de recursos de oferta pública a Régimen Subsidiado.

Parágrafo 3°. Los excedentes del Sistema General de Participaciones asignados para PPNA de vigencias anteriores, a la entrada en vigencia de la presente ley, se destinarán al saneamiento fiscal y financiero de las Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud en los términos señalados en el artículo 8° de la Ley 1608 y sus reglamentos, siempre y cuando no existan a cargo del Municipio y del Departamento o Distrito deudas por la prestación de servicios de salud.

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

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

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

- a) El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá;
- b) El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado;
- c) Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente constituidas mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud;
- d) Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por votación. En el evento de no existir en la Empresa Social del Estado profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

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

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

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional definirá las calidades exigidas para ser gerente o director de una Empresa Social del Estado partiendo del hecho de que en todos los casos debe tratarse de profesionales universitarios con tres (3) o más

años de experiencia en el sector. Las calidades exigidas pueden variar dependiendo del nivel de complejidad o de los servicios que preste la ESE”.

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

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

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

Artículo 91. Se adicione un nuevo numeral al artículo 178 de la ley 136 de 1994, que trata sobre las funciones de los personeros:

(...).

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

(i) conminar a los gerentes, representantes legales y/o directores de los Gestores de Servicio de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando, a su juicio, dicho derecho fundamental se encuentre amenazado, esté siendo vulnerado o desconocido por alguna de esas entidades, para que estas procedan a cumplir con la prestación del servicio o tecnología de salud requerida;

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

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

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

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

El anterior texto, conforme en lo dispuesto en el artículo 165 de la Ley 5ª de 1992 (firmas de los ponentes, una vez reordenado el articulado que constituye el texto definitivo).

Las honorables Senadoras y honorables Senadores ponentes:



COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

En Sesiones Ordinarias de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, en las siguientes fechas: miércoles veintinueve (29) de mayo de 2013, según Acta número 28; martes cuatro (4) de junio de 2013, según Acta número 29; miércoles cinco (05) de junio de 2013, según Acta número 30; martes once (11) de junio de 2013, según Acta número 31; miércoles doce (12) de junio de 2013 según Acta número 32 y, jueves trece (13) de junio de 2013, según Acta número 33, de la Legislatura 2012-2013, como se detalla a continuación, fueron considerados los informes de ponencias para primer debate y textos propuestos (de las ponencias positivas) a los **Proyectos de leyes número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus acumulados; el **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado**, por medio

de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y el **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado**, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, presentadas por los honorables Senadores: Coordinadores Ponentes Jorge Eliécer Ballesteros, Edinson Delgado Ruiz, Antonio José Correa Jiménez, Guillermo Antonio Santos Marín, Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Zapata Correa Gabriel Ignacio. Honorables Senadores Ponentes: Liliana María Rendón Roldán, Gloria Inés Ramírez Ríos, Teresita García Romero, Gilma Jiménez Gómez, Astrid Sánchez Montes de Oca, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Germán Bernardo Carlosama López, así:

La Secretaría deja constancia que frente a dichos Proyectos de ley (210 de 2013 Senado y sus acumulados), se presentaron cuatro (4) informes de ponencias para primer debate Senado, así:

1. Informe de ponencia mayoritaria: Radicado miércoles veintinueve (29) de mayo de 2013, a las diez de la mañana (10:00 a. m.). Reproducción mecánica, autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso. Publicado en *Gaceta del Congreso* número **336/2013**, del 29 de mayo de 2013, suscrita por los honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruiz, Astrid Sánchez Montes de Oca, Gabriel Zapata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero y Guillermo Antonio Santos Marín. La honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez, se adhirió a esta ponencia mayoritaria, mediante escrito de fecha miércoles cinco (5) de junio de 2013, según Acta número 30. Consta de noventa (90) artículos.

2. Informe de ponencia negativa (sustitutiva): Radicado miércoles veintinueve (29) de mayo de 2013. Reproducción mecánica, autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso. Publicado en *Gaceta del Congreso* número **346 de 2013** del 30 de mayo de 2013, suscrito por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez.

3. Informe de ponencia positiva (minoritaria): Radicado el jueves treinta (30) de mayo de 2013. Reproducción mecánica, vía e-mail., autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso, suscrita por la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos, consta de cincuenta y tres (53) artículos. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número **350 de 2013**, del 31 de mayo de 2013.

4. Proposición de aplazamiento de la discusión y aprobación del articulado del Proyecto de ley número 210 de 2013 (y sus acumulados), para la próxima legislatura, presentada por la honorable Senadora Liliana María Rendón Roldán. Radicada el día cuatro (4) de junio de 2013. Reproducción mecánica, vía e-mail., autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso. *Gaceta del Congreso* número **379 de 2013** del 6 de junio de 2013.

Primera Sesión: Anuncio de discusión y votación: sesión de fecha miércoles veintinueve (29) de mayo de 2013, según Acta número 28

– El señor Presidente, honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, explicó toda la labor legislativa de la Comisión previa al inicio de la discusión y aprobación del **Proyecto de Ley 210 de 2013 Senado y sus acumulados: el Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado y el Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado**, como las catorce (14) Audiencias participativas e incluyentes, realizadas ocho (8) en Bogotá y seis (6) en varias ciudades del país, en donde el ejercicio sirvió no solo para socializar el **Proyecto número 210 de 2013 y sus acumulados**, y lograr la partición e intervención de todos los actores del sector salud, sino para recoger aportes, recomendaciones e insumos, lo cual se traduce en la ponencia ya radicada de dicho proyecto de ley. Se logró el mejoramiento del mismo, dados los correctivos y avances hechos, que le apuestan a una reforma estructural de la salud, como por ejemplo, que se elevó el derecho a la salud como un derecho fundamental, se eliminó, entre otros, el capítulo que tenía que ver con planes complementarios, se dejó establecido que los recursos de la salud son recursos públicos y que en ningún momento pueden ser recursos privados para su uso, lo que se denomina gasto en salud; se creó Salud Mía, ese Fondo único que va a tener el sistema, que va a tener entre sus funciones la de recaudador, la de pagador y la de afiliador, se creó un plan de beneficios mayor al conocido como Plan Obligatorio de Salud, llamado Mi Plan, con inclusión de procedimientos, intervenciones y medicamentos que estaban por fuera del plan obligatorio anterior y que va a contribuir al mejor funcionamiento del sistema; se trabajó mucho también en el tema de la atención primaria en salud, capítulo que fue incluido como resultado de las propuestas generadas en las audiencias y por el acompañamiento que dio el propio Ministerio de Salud; finaliza diciendo que igual quedan varias tareas por determinar durante la discusión de este proyecto de ley, en las sesiones siguientes, como el Recurso Humano en Salud y el fortalecimiento de la inspección y vigilancia en salud, así como el tema de los gestores de salud, con los cuales se pretende eliminar la intermediación financiera que tenían las EPS; explicó que para los trabajadores de la salud, se incluyó un régimen especial para los trabajadores de las empresas sociales del Estado, quienes estaban expuestos a unos vínculos laborales que no les generaban estabilidad o muchas veces más bien les generaban dificultades, sobre todo en algunos aspectos que tenían que ver con su seguridad social. Todo lo anterior, explicó, más las mejoras que se hagan durante las sesiones siguientes, le apuesta a que en adelante se tenga un servicio de seguridad social en salud, un modelo de salud, más eficiente, más transparente y más humanizado para todos los colombianos.

– El honorable Senador *Mauricio Ernesto Ospina Gómez* presentó en esta sesión, derecho de petición, solicitándole a la Secretaría que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, certifique por escrito el día y la hora, con número de radicado, de la recepción del documento de ponencia del punto tercero del Orden del Día, de la sesión de la Comisión Séptima del Senado, convocada para la fecha (mayo 29 de 2013, Acta número 28), es decir copia de la ponencia para primer debate a los **Proyectos de leyes número 210 de 2013 Senado**

y sus **acumulados: el Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado y el Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado**; lo anterior, dado que él recibió vía mail a las diez cincuenta y uno de la mañana (10:51 a. m.), razón por la cual solicita copia del documento en mención, donde aparezca el sello de recepción; la Secretaría dio respuesta en el sentido de dar fe que en esta fecha, mayo 29 de 2013, se recibió a las diez en punto de la mañana (10:00 a. m.), la ponencia positiva mayoritaria para primer debate a dicho proyecto de ley, en ciento seis (106) folios, con la firma de los siguientes honorables Senadores, tanto en la ponencia como en el texto propuesto, así: *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz, Guillermo Antonio Santos María, Antonio José Correa Jiménez, Gabriel Zapata Correa, Claudia Jeaneth Wilches Sarmiento, Teresita García Romero y Astrid Sánchez Montes de Occa*, aclarando que hubo cinco (5) honorables Senadores que no firmaron esta ponencia ni el texto propuesto: *Germán Carlosama López, Gloria Inés Ramírez, Liliana María Rendón Roldán, Gilma Jiménez Gómez y Mauricio Ernesto Ospina*. La Secretaría manifestó que dará respuesta en los términos antes dichos.

– Seguidamente el honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín, destacó todo el trabajo legislativo para entregar la ponencia ya descrita por el señor Presidente con sus mejoras y reformas al **Proyecto de ley número 210 de 2013**; resaltó el tema de la infraestructura hospitalaria que amenaza con venirse sobre los pacientes y aclaró, entre otros temas, que esta célula legislativa no está entregada al servicio de las EPS como se ha querido dejar ver a través de los medios de comunicación, si no por el contrario, se ha trabajado en favor de la salud de todos los colombianos.

– Enseguida, la Presidencia sometió a discusión y votación el Orden del Día, para lo cual solicita solicitó verificar quórum. Al llamado a lista contestaron los siguientes honorables Senadores: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, y Zapata Correa Gabriel*. La Secretaría confirmó que se registró quórum decisivo, con la presencia de ocho (8) honorables Senadores.

– El Orden del Día propuesto para la sesión de la fecha, mayo veintinueve (29) de 2013, fue aprobado con siete (07) votos a favor, ninguna abstención. Los honorables Senadores que votaron positivamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, y Zapata Correa Gabriel*. La Secretaría deja constancia del voto negativo del honorable Senador *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

– El honorable Senador *Gabriel Zapata Correa*, destacó también el trabajo de la Comisión en las Audiencias realizadas, con la dirección de la Mesa Directiva y el apoyo del Ministerio de Salud, haciendo un llamado a que el Gobierno y el Ministerio de Hacienda se comprometan y apoyen este trabajo para sacar adelante los compromisos fiscales generados con este proyecto de ley que va a iniciar su discusión, calificándolo como el de mayor participación democrática.

– El honorable Senador *Antonio José Correa* apoyó lo dicho por los Senadores *Gabriel Zapata Correa* y *Guillermo Santos Marín*, destacando el ambiente cordial y democrático en el que se desarrolló esta gran gestión realizada, siendo garantistas y respetuosos de la diversidad de opiniones. Se refirió a la aplicación de la Ley 1608, el tema de la subcuenta Fosyga, la aplicación y control de recursos, etc. Invitó a seguir trabajando en pro de la vigilancia y control, en pro del aseguramiento, con la prestación de la salud pública y finalizó motivando a la Presidencia a seguir adelante, haciendo las cosas bien, en favor del bienestar de la salud de los colombianos.

– El honorable Senador *Mauricio Ernesto Ospina*, manifestó su inconformidad por el procedimiento de radicación del **Proyecto de ley número 210 de 2013 y sus acumulados**, a lo que el Senador *Guillermo Antonio Santos Marín* preguntó a la Secretaría si existe o no el proyecto radicado pues no se puede dejar en tela de juicio la dignidad de los Senadores y el trabajo de la Comisión, indicando que no es necesario haberse radicado la ponencia respectiva para hacer el anuncio de la misma, pues para eso fue convocada la presente sesión; el señor Vicepresidente, el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, después de ver en físico la ponencia que le presentó el Señor Secretario, doctor *Jesús María España*, y haberle escuchado que como notario de esta célula legislativa certifica que sí existe tal ponencia, la cual fue radicada en la fecha, mayo veintinueve (29) de 2013, a las diez de la mañana (10:00 a. m.), en ciento seis (106) folios y ocho (8) firmas, como ya se explicó anteriormente, explica que en el Reglamento Interno del Congreso, está explícito que se puede discutir una ponencia aún sin la presentación de la ponencia, con libertad, luego no debe quedar ese manto de duda ante un trabajo arduo e histórico de la Comisión. El señor Presidente apoyó lo ya dicho por los Senadores Santos y Delgado, en lo referente a la legalidad de los procesos adelantados frente a la radicación, anuncio y discusión de la ponencia para primer debate al proyecto de reforma a la salud. El señor Ministro de Salud, doctor *Alejandro Gaviria*, ratificó también la labor realizada en las audiencias e indicó que el proyecto original cambió, como ya lo explicó el señor Presidente, gracias a toda la información recopilada y seguirá cambiando a través de las discusiones de los debates a la ponencia. Indicó que dicha ponencia ya se encuentra disponible en la página del Ministerio, indicando que en ella se encontrará un recuento exhaustivo de las audiencias demostrando la seriedad de todo el proceso.

– Finalmente, por orden de la Presidencia, la Secretaría anunció el inicio de la discusión, la presentación de posibles impedimentos y conflictos de competencia si los hubiere y, el inicio de la votación, conforme a lo dispuesto en el artículo 8º, del Acto Legislativo número 001 de 2003, (último inciso del artículo 160 de la Constitución Política), la siguiente iniciativa: **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, (por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones) y sus **acumulados**: el **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado**, (por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones) y el **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado**, (por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de

Seguridad Social en Salud). También, la Secretaría indicó que el informe de Ponencia Mayoritaria, radicado ante ella, a las diez (10) de la mañana del miércoles veintinueve (29) de mayo de dos mil trece (2013), será enviado en texto digital, dado que la Presidencia autorizó la reproducción mecánica, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso último del artículo 156, del Reglamento Interno del Congreso, informe que será publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013.

La Secretaría dejó constancia que a esta sesión no asistieron los honorables Senadores: *Germán Bernardo Carlosma López*, *Gilma Jiménez Gómez*, *Gloria Inés Ramírez Ríos* y *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, quienes presentaron sus respectivas excusas y que así se hizo constar en el Acta número 28.

La Presidencia solicitó a la Secretaría informar cuándo fueron notificados los ponentes de su responsabilidad frente a este proyecto y si hubo alguna solicitud de postergar la radicación de la ponencia. A lo que el señor Secretario, doctor *Jesús María España Vergara*, respondió lo siguiente: El Gobierno radicó el **Proyecto de ley número 210 de 2013, el día diecinueve (19) de marzo de 2013**, el señor Presidente de la Comisión designó ponentes el día veintiuno (21) de marzo de 2013 y, en esa misma fecha, se les notificó a los Senadores Ponentes y coordinadores de ponentes. Posteriormente se radicó el **Proyecto de ley 233 de 2013 Senado y se acumuló con el 210 de 2013 Senado**, que ya venía **acumulado con el 51 de 2012 Senado**. Con fecha dieciocho (18) de abril de 2013, se le notificó a todos los integrantes de la Comisión, que actúan como ponentes, la acumulación de los tres (3) proyectos, de los cuales hay seis (6) Senadores que actúan como coordinadores de ponentes y siete (7) Senadores que actúan simplemente como ponentes de la iniciativa. Finalmente, la Secretaría dejó constancia en el acta, que hasta esta fecha (mayo 29 de 2013), ninguno de los ponentes, ni de manera individual ni de manera colectiva, solicitó prórroga. El término máximo que se concedió por la Mesa Directiva y que fue notificado por la Secretaría, fue de quince (15) días para rendir el informe de ponencia, ajustado a lo que establece el Reglamento Interno del Congreso, de acuerdo a la complejidad del mismo y, que en mes y medio no hubo ninguna solicitud de prórroga. Levantada la sesión, fue convocada para el cuatro (4) de junio de 2013.

Segunda sesión de fecha martes cuatro (4) de junio de 2013, según Acta número 29

En esta sesión, fueron puestos a consideración y votación los impedimentos de los siguientes honorables Senadores, por presunto conflicto de intereses, para participar en la discusión y votación al *Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados Proyecto de ley número 051 de 2012 Senado y Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado* (Reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud), así:

FUNDAMENTOS FÁCTICOS DE LAS SOLICITUDES DE DECLARATORIAS DE IMPEDIMENTOS:

1. Honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*: **Razón:** Su esposa, la señora Luz Nidia Martínez, cédula de ciudadanía número 32471837, se desempeña actualmente como Subsecretaria de aseguramiento y Desarrollo de Servicios de Salud del departamento del Valle del Cauca.

2. Honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*: Presentó dos (2) impedimentos, así:

Razones:

– Un sobrino suyo, doctor César Ballesteros, ejerce actualmente el cargo de Director Regional de Caprecom EPS (La Guajira).

– En la campaña 2010-2014 a Senado de la República, recibió un aporte en dinero de una clínica (IPS) privada, el cual fue debidamente reportado ante el Consejo Nacional Electoral.

3. Honorable Senadora *Astrid Sánchez Montes de Occa*: **Razón:** Una hermana suya, Siris Sánchez Montes de Occa, es la Subdirectora Técnica de Dasa-lud Chocó en liquidación.

Leídos estos impedimentos, los cuales reposan en el expediente, el señor Presidente, honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, nombró una comisión para evaluar los impedimentos arriba descritos, la cual quedó conformada por los honorables Senadores: *Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento y Gabriel Zapata Correa*. La Presidencia concedió un receso de quince (15) minutos para que la comisión rinda el respectivo informe.

Terminado el tiempo dado para el receso, el Señor Presidente, honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, ordenó al señor Secretario, doctor *Jesús María España Vergara*, verificar el quórum. La Secretaría informó que se encuentran presentes diez (10) Honorables Senadores, así: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Sometido a aprobación el Orden del Día, este fue aprobado por los diez (10) honorables Senadores que contestaron el llamado a lista.

El honorable Senador *Gabriel Zapata Correa*, explica que la comisión no presentó informe dado que no se pusieron de acuerdo, por lo que solicita que la Comisión Séptima del Senado en pleno decida sobre los impedimentos. Antes de empezar con la votación de los impedimentos, el Senador *Jorge Eliécer Ballesteros* se retiró del recinto y asumió la Presidencia el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, indicó que para aclarar y profundizar más el tema de los impedimentos y a votación de los mismos, solicitó al señor Secretario, doctor *Jesús María España Vergara*, la lectura de varios apartes de la Sentencia C-337 de 2006, entre otras.

Hechas tales aclaraciones jurídicas, se sometió a discusión y votación los impedimentos presentados por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, previamente leídos por la Secretaría. El Senador *Ballesteros* deja constancia que se retiró, asumiendo entonces la Presidencia el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*.

– El impedimento relacionado con el caso del sobrino suyo, doctor César Ballesteros, quien ejerce actualmente el cargo de Director Regional de Caprecom EPS (La Guajira), fue negado con ocho (8) votos negativos o en contra y dos (2) votos afirmativos, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron

negativamente fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*.

La Secretaría deja **constancia** que el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, no estuvo presente y no participó de la discusión ni de la votación de su propio impedimento.

– El segundo impedimento presentado por el Senador *Ballesteros*, referente al aporte en dinero recibido de una clínica (IPS) privada, en la campaña 2010-2014 a Senado de la República, el cual fue debidamente reportado ante el Consejo Nacional Electoral, fue negado con seis (06) votos negativos y cuatro (04) votos afirmativos, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadores presentes al momento de la votación. Los Honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*.

El honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, corrige inicialmente su voto de (no) a (sí). El señor Presidente, honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz* y el señor Secretario, explican que el Senador *Ballesteros* declaró y reportó debidamente ante el Consejo Electoral, el dinero recibido de la IPS privada. Sin embargo, el Senador *Santos* solicitó un receso para discutir a mayor profundidad del tema y poder votar sí o no, por lo que se somete a votación la reapertura del impedimento ya votado del honorable Senador *Ballesteros*. El honorable Senador *Gabriel Zapata Correa*, solicitó aplazar la votación de los impedimentos para el día siguiente y el honorable Senador *Mauricio Ernesto Ospina Gómez* apoyó la solicitud de apertura de la votación del impedimento. El señor Vicepresidente aceptó la reapertura, la sometió a votación y fue aprobada con diez (10) votos a favor, ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) Honorables Senadores presentes. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*.

El honorable Senador *Gabriel Zapata Correa*, insistió en el aplazamiento de la votación de los impedimentos.

Enseguida, el Señor Presidente, el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, pidió escuchar los otros impedimentos y su sustentación, por lo que pidió a la Senadora *Astrid Sánchez Montes de Occa* sustentara su impedimento referente a que una hermana suya, *Siris Sánchez Montes de Occa*, es la Subdirectora Técnica de Dasa-lud Chocó en liquidación. La Secretaría da lectura a los impedimentos.

El señor Presidente, solicitó la lectura de su impedimento por lo que se retiró de la Presidencia y esta fue asumida por el honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, quien sometió a discusión y votación la proposición de no aprobar los impedimentos pendientes, en la presente fecha, estuvieron de acuerdo en no hacerlo y aplazar la votación para la sesión siguiente, ocho (8) honorables Senadores *Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*.

Finalmente, se convocó para el día cinco (5) de junio de 2013, a fin de continuar la discusión y votación de los impedimentos y para iniciar la discusión y votación del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados Proyecto de ley número 051 de 2012 Senado y Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado (Reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud).

Tercera Sesión de fecha miércoles cinco (5) de junio de 2013, según Acta número 30

La Secretaría, por solicitud de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima, aclara sobre los impedimentos, lo siguiente: Primero, que en sesión conjunta de noviembre dieciséis (16) de 2010, según Acta Conjunta número 01, donde se dio inicio a la discusión y votación del proyecto de ley que luego se convirtió en la Ley 1438 de 2011, los honorables Senadores *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruiz y Mauricio Ernesto Ospina Gómez*, presentaron impedimentos, los cuales fueron negados tanto en Comisión Séptima de Senado como de Cámara y, segundo, sobre el tema inviolabilidad del voto y de la inviolabilidad de los Congresistas en cuanto a sus opiniones, consagrado en el artículo 185 de la Constitución Política, la Secretaría lee algunos apartes de la Sentencia Unificada 047 de 1999, mediante la cual la Corte Constitucional unificó la línea jurisprudencial que se traía sobre dicho tema de inviolabilidad del voto y, finalmente, lee apartes de la Sentencia del Consejo de Estado del veinticuatro (24) de agosto de 2010, donde define claramente cuáles son los casos en los que realmente opera el denominado conflicto de intereses.

Aclarado esto, se procede a la resolución de los cuatro (4) impedimentos radicados, así: Tres (3) radicados el día cuatro (4) de junio de 2013, presentados por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz y Astrid Sánchez Montes de Occa* y, uno (1) radicado en la fecha, junio cinco (5) de 2013, del honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*.

Puestos a discusión y votación los impedimentos presentados, se obtuvo la siguiente votación:

1. Votación del impedimento del honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*. **Razón:** En la campaña 2010-2014 a Senado de la República, recibió un aporte en dinero de una clínica (IPS) privada, el cual fue debidamente reportado ante el Consejo Nacional Electoral. Este impedimento fue aceptado con cinco (5) votos a favor y cuatro (4) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al

momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, no estuvo presente al momento de la discusión y votación de su propio impedimento.

2. Votación del impedimento de la honorable Senadora *Astrid Sánchez Montes de Occa*. **Razón:** Una hermana suya, *Siris Sánchez Montes de Occa*, es la Subdirectora Técnica de Dasalud Chocó en liquidación. Este impedimento fue negado con siete (7) votos en contra y un (01) voto a favor, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Rendón Roldán Liliana María, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó afirmativamente fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

La honorable Senadora *Sánchez Montes de Occa Astrid*, no estuvo presente al momento de la discusión y votación de su propio impedimento.

3. Votación del impedimento del honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*. **Razón:** Una Hermana suya, labora en la Empresa Social de Estado, E.S.E., del municipio de Mallama, vinculada desde hace más de seis (6) años aproximadamente. Este impedimento fue negado con seis (6) votos en contra y tres (3) votos a favor, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*.

El honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, no estuvo presente al momento de la discusión y votación de su propio impedimento.

4. Votación del impedimento del honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*. **Razón:** Su esposa, la señora *Luz Nidia Martínez*, cédula de ciudadanía número 32471837, se desempeña actualmente como Subsecretaria de aseguramiento y Desarrollo de Servicios de Salud del departamento del Valle del Cauca. Este impedimento fue negado con seis (6) votos en contra y dos (2) votos a favor, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Correa Jiménez Antonio José, García Romero Teresita, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables

Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*.

El honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, no estuvo presente al momento de la discusión y votación de su propio impedimento.

La Secretaría, de conformidad con el Reglamento Interno del Congreso, dejó expresa constancia que ninguno de los honorables Senadores y Senadoras que presentaron solicitudes de declaratoria de impedimento, estuvo presente en el recinto, ni participó de manera alguna en el trámite de discusión y votación de su respectivo impedimento.

Terminada la votación de los impedimentos, se puso en consideración para discusión y votación los informes de ponencias para primer debate, al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados, los Proyectos de ley número 51 de 2012 Senado y 233 de 2013 Senado**, previamente anunciado en sesión del día martes cuatro (4) de junio de 2013, según Acta número 29.

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5º, del Acto Legislativo 01 de 2009, votación pública y nominal y a la **Ley 1431 de 2011**, por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el artículo 133 de la Constitución Política, se obtuvo la siguiente votación:

– En primer lugar se puso en consideración la Proposición de aplazamiento de la discusión y aprobación del articulado del **Proyecto de ley número 210 de 2013 (y sus acumulados)**, para la próxima Legislatura, presentada por la honorable Senadora *Liliana María Rendón Roldán*. Radicada el día cuatro (4) de junio de 2013. Reproducción mecánica, vía e-mail, autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso.

Una vez leída por la Secretaría y sustentada esta proposición de aplazamiento, por la honorable Senadora *Liliana María Rendón Roldán*, esta fue negada con siete (7) votos en contra y dos (2) a favor, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*.

Solicitud de reapertura de votación de un impedimento antes votado: Antes de continuar en discusión y votación de la ponencias, la honorable Senadora *Astrid Sánchez Montes de Occa*, solicitó la reapertura del impedimento del honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, referente al aporte en dinero recibido de una clínica (IPS) privada, en la campaña 2010-2014 a Senado de la República, el cual fue debidamente reportado ante el Consejo Nacional Electoral. Tal solicitud la hizo explicando que quiere ser consecuente con su posición, ya que en la sesión anterior, del cuatro (4) de junio de 2013, según Acta número 29, ella votó negativamente el otro impedimento presentado por el Senador Ballesteros. Puesta a consideración esta proposición, fue aprobada por nueve (9) votos, ninguna abstención, ningún

voto en contra, correspondiente a igual número de honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*.

Una vez aprobada la reapertura, fue puesto nuevamente a discusión y votación el impedimento del Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, siendo negado con seis (6) votos en contra y tres (3) votos a favor, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*.

La Secretaría dejó constancia que el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, no estuvo presente al momento de la discusión y votación de su propio impedimento, ni durante la reapertura solicitada y aprobada y tampoco durante la votación final. Se deja constancia en el Acta respectiva que la Secretaría notificó al Senador Ballesteros, que negado su impedimento, conforme al artículo 124 del Reglamento Interno del Congreso, no habiendo impedimento, puede ingresar al Recinto y participar en adelante de la discusión y votación del **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados**. El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*, es llamado a ocupar nuevamente la Presidencia.

Continuando con la votación de las ponencias, la Secretaría explicó que, conforme al numeral segundo, del artículo 114 de la Ley 5ª de 1992, se debe someter en su orden la ponencia negativa, suscrita por el honorable Senador *Mauricio Ernesto Ospina Gómez*, la cual se convierte en sustitutiva, porque solicita el archivo y se opone a las ponencias positivas. Esta ponencia negativa del Senador Ospina fue radicada el día miércoles veintinueve (29) de mayo de 2013. Reproducción mecánica, autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo, del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso. Publicado en *Gaceta del Congreso* número 346 del 30 de mayo de 2013.

Luego de sustentado el informe de ponencia negativo, por el honorable Senador *Mauricio Ernesto Ospina Gómez*, fue puesto en discusión y consideración la proposición con que termina el informe, la cual **negada**, con nueve (9) votos en contra y dos (2) votos a favor, ninguna abstención, correspondiente a once (11) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron afir-

mativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto* y *Rendón Roldán Liliana María*.

Dado que la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, se encuentra incapacitada, enseguida fue puesto en consideración el Informe de ponencia mayoritaria: Radicado miércoles veintinueve (29) de mayo de 2013, a las diez de la mañana (10:00 a. m.). Reproducción mecánica, autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso. Publicado en *Gaceta del Congreso* número 336 del 29 de mayo de 2013, suscrita por los honorables Senadores: *Antonio José Correa Jiménez*, *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, *Edinson Delgado Ruiz*, *Astrid Sánchez Montes de Oca*, *Gabriel Zapata Correa*, *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, *Teresita García Romero* y *Guillermo Antonio Santos Marín*. La honorable Senadora *Gilma Jiménez Gómez*, se adhirió a esta ponencia mayoritaria, mediante escrito de fecha miércoles cinco (5) de junio de 2013, según Acta número 30. Consta de noventa (90) artículos.

El honorable Senador *Mauricio Ospina Gómez*, solicitó no votar la ponencia mayoritaria, hasta que la Senadora *Gloria Inés Ramírez*, presente la suya. El honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, deja como constancia que su adhesión o no a la ponencia mayoritaria, dependerá de la Mesa de Salud que se realizará la próxima semana con las Comunidades Indígenas, en la cual estará presente el señor Ministro de Salud, doctor *Alejandro Gaviria Uribe*.

Sustentado este informe de ponencia mayoritaria, por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, se puso a consideración la proposición con que termina el informe, la cual fue aprobada con ocho (8) votos a favor y uno (1) en contra, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los Honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Edinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes de Oca Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*. La honorable Senadora que votó negativamente fue: *Rendón Roldán Liliana María*.

Finalmente, conforme al artículo 66 del Reglamento Interno del Congreso, la Presidencia nombró una Comisión Accidental para revisar las dos (02) ponencias positivas (la mayoritaria y la minoritaria (esta última presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*). Esta comisión accidental quedó conformada por los honorables Senadores: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Edinson*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*, y rendirá su informe el próximo martes once (11) de junio de 2013, fecha para la cual fue convocada la próxima sesión. El **Proyecto de ley número 210 de 2013 y sus acumulados**, fue anunciado nuevamente para su discusión y votación en dicha sesión.

Cuarta Sesión de fecha martes 11 de junio de 2013, según Acta número 31

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5º, del Acto Legislativo número 01 de 2009, Votación Pública y Nominal y a la **Ley 1431 de 2011**, por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el

artículo 133 de la Constitución Política, se obtuvo la siguiente votación:

– Puesto a consideración el articulado del texto propuesto en el informe de ponencia mayoritaria, para primer debate al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado** (por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones) y sus **acumulados: el Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado** (Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones) y el **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado** (Por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud), se sometió a discusión y votación en bloque, propuesta por el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, por capítulos, los siguientes artículos que no presentaron discusión, **ni tuvieron ningún tipo de proposición:**

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

– Artículo 1º. Este fue **aprobado**, por mayoría absoluta, con ocho (8) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlosama López Germán Bernardo*, *Delgado Ruiz Edinson*, *García Romero Teresita*, *Sánchez Montes de Oca Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio*, *Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth* y *Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*, *Rendón Roldán Liliana María*. El honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda Tarazona*, deja constancia que presentará su propia proposición en la Plenaria, sustentando que no solo deben limitarse en plantear relaciones justas y dignas para los servidores públicos sino que también los servidores privados de la salud.

En consecuencia, el artículo 1º, quedó aprobado tal como fue presentado en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

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

CAPÍTULO II

Salud pública y atención primaria en salud

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, solicitó excluir de este bloque el artículo 9º, para ser votado separadamente. Los artículos en bloque que no presentaron proposiciones, quedaron aprobados de la siguiente manera:

– **Artículos: 6°, 7°, 8° y 10.** Estos fueron **aprobados**, por mayoría absoluta, con ocho (08) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) Honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlósa-López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.* Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María.*

En consecuencia, los artículos **6, 7, 8 y 10**, quedaron aprobados tal como fueron presentados en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

“**Artículo 6. Salud pública.** Se entiende por salud pública el conjunto de acciones colectivas llevadas a cabo sobre las comunidades y sus entornos, dirigidas y ejecutadas por el Estado para mantener la salud y prevenir la enfermedad. Incluye acciones sectoriales e intersectoriales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente así como a intervenir sus determinantes sociales, que contribuyen a reducir la inequidad en el nivel de salud entre los distintos grupos poblacionales.

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

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá: i) los lineamientos, metodologías, herramientas e instrumentos que permitan fortalecer la planeación y gestión en salud pública en los niveles municipal, distrital y departamental; ii) los modelos de evaluación, seguimiento y control; iii) las responsabilidades y requerimientos para todos y cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en esta materia; y iv) las acciones de cooperación y asistencia técnica permanente necesarias para su implementación y desarrollo.

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

Parágrafo 3°. La prestación de estas acciones se realizará mediante contratación con instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el sistema de garantía de la calidad y los me-

canismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de Salud Pública y los resultados en salud de las mismas.

Artículo 7°. Plan Decenal de Salud Pública. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años un plan decenal de salud pública, el cual contendrá el diagnóstico, las prioridades y los lineamientos de acción del país y sus territorios en materia de salud pública y atención individual en salud. Establecerá las pautas para una acción coordinada y articulada entre sectores y actores para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública, de prestación de servicios y del abordaje conjunto de los determinantes sociales de la salud.

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrollará en las Entidades Territoriales mediante planes territoriales de salud formulados cada cuatro (4) años. Estos planes serán elaborados en forma coordinada con los Consejos Locales de Política Social, las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, los Gestores de Servicios de Salud y con la participación de las comunidades, quienes tendrán en cuenta las recomendaciones y decisiones de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública. Su ejecución a nivel territorial se hará en el marco de la estrategia de atención primaria, los planes territoriales de salud y los planes operativos locales.

Artículo 8°. Planes Territoriales de Salud. El Plan Territorial de Salud define el diagnóstico, las prioridades y los lineamientos de acción del territorio en materia de salud pública y atención individual en salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Contiene los programas, estrategias e intervenciones orientadas a garantizar el logro de los objetivos, metas y resultados en salud de la entidad territorial, organizadas en tres (3) componentes: i) promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud; ii) las prioridades que debe desarrollar cada gestor de servicios de salud en su población a cargo y los resultados esperados de su gestión en aspectos como detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de los eventos de interés en salud pública; y iii) fortalecimiento y ejercicio de la autoridad sanitaria y de gestión en salud pública en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.

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

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

Igualmente y en coordinación con sus institutos descentralizados, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, definirán los lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de investigación, priorizando las acciones que deban desarrollarse con recursos públicos para lo cual, en coordinación con Colciencias podrán promover alianzas estratégicas con los diferentes actores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación”.

CAPÍTULO III

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

El honorable Senador *Gabriel Zapata Correa*, solicitó excluir de esta votación el artículo 13, para ser discutido y votado, de manera individual y, el honorable Senador *Germán Carlosma López*, igualmente solicitó excluir el artículo 17, explicando que se está preparando una proposición frente al mismo, quedando entonces para votar en bloque, sin proposiciones modificativas, los siguientes artículos:

-Artículos: 11, 12 y 15: Estos fueron **aprobados**, por mayoría absoluta, con ocho (8) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosma López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María*.

En consecuencia, los artículos **11, 12 y 15**, quedaron aprobados tal como fueron presentados en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

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

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

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

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

Artículo 15. Domicilio y Patrimonio. La Unidad de Gestión tendrá domicilio en Bogotá, D. C. su patrimonio estará conformado por los aportes del Pre-

supuesto General de la Nación, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, el patrimonio del Fosyga y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la unidad de gestión.

Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la unidad de gestión se financiarán con recursos del Presupuesto General de la Nación y con un porcentaje de los recursos administrados que define el reglamento, en ningún caso se financiarán con los recursos del Sistema General de Participaciones o con las rentas cedidas propiedad de las Entidades Territoriales.”

CAPÍTULO IV

Plan de beneficios de salud – Mi Plan

– Artículos: 21, 22, 23 y 24: Estos fueron **aprobados**, por mayoría absoluta, con ocho (8) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosma López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. La honorable Senadora que votó negativamente fue: *Rendón Roldán Liliana María*.

En consecuencia, los artículos **21, 22, 23 y 24**, quedaron aprobados tal como fueron presentados en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

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

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

- f) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional de las personas;
- g) Que sean prestaciones no propias del ámbito de la salud;
- h) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- i) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su efectividad clínica;
- j) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad sanitaria;
- k) Que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano estando disponibles en el país.
- l) Que se encuentren en fase de experimentación.

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

Artículo 22. Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud. Elimínese la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos

Médicos de que tratan los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, cuyas funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará las clasificaciones de las tecnologías, los precios de los servicios y tecnologías de salud con fundamento en la política farmacéutica nacional y otras políticas que se formulen al respecto.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

Atención individual y redes de prestación de servicios de salud

– **Artículos 25, 27 y 29:** Estos fueron **aprobados**, por mayoría absoluta, con ocho (8) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosma López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. La honorable Senadora que votó negativamente fue: *Rendón Roldán Liliana María*.

En consecuencia, los artículos **25, 27 y 29**, quedaron aprobados tal como fueron presentados en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

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

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

Artículo 27. Red de Prestación de Servicios de Salud. La Red de Prestación de Servicios de Salud es el conjunto de prestadores habilitados para ofrecer los servicios de Mi-Plan dentro de una Área de Gestión Sanitaria.

Los Gestores de Servicios de Salud que operen en cada Área de Gestión Sanitaria son los responsables de conformar su Red de Prestación de Servicios de Salud que garantice, de manera integral y suficiente, las prestaciones de servicios y tecnologías de salud incluidas en Mi-Plan. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará criterios para que los Gestores de Servicios de Salud contraten con los Prestadores de Servicios de Salud. En todo caso dichos criterios deben tener en cuenta, como mínimo, la disponibilidad de Prestadores de Servicios de Salud habilitados en el municipio, distrito o Área de Gestión Sanitaria, garantizando la suficiencia e integralidad de la Red de Prestación de Servicios de Salud y la libre elección por parte de los usuarios.

Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada, salvo causas de fuerza mayor que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VI

Gestores de servicios de salud

– **Artículos: 34, 35, 37, 40, 42 y 43:** Estos fueron **aprobados**, por mayoría absoluta, con ocho (8) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlосаma López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. La honorable Senadora que votó negativamente fue: *Rendón Roldán Liliana María*.

En consecuencia, los artículos **34, 35, 37, 40, 42 y 43:** quedaron aprobados tal como fueron presentados en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

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

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir un número mínimo y máximo de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para una Área de Gestión Sanitaria, salvo condiciones de fuerza mayor que defina el MSPS.

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

Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo la integralidad, suficiencia y libre elección de la Red de Prestación de Servicios de Salud que organicen, respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica.

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

Artículo 37. *Gestores de Servicios de Salud con participación pública.* Los departamentos, distritos y ciudades capitales, presentes en una Área de Gestión Sanitaria, de manera individual o asociados entre sí o con un tercero, y en cuya jurisdicción se encuentre más de un millón (1.000.000) de habitantes, podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos de habilitación. En cada Área de Gestión Sanitaria solo podrá operar un Gestor de Servicios de Salud de estas características.

Artículo 40. *Pago a los Prestadores de Servicios de Salud.* Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red el mecanismo y la forma de pago por los servicios pactados. Con base en ello ordenará a Salud-Mía realizar los giros correspondientes a los Prestadores de Servicios de Salud.

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

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

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

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

El honorable Senador *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, sugirió excluir de esta votación los Capítulos VII (**Talento Humano en Salud**) y VIII (**Disposiciones de las empresas sociales del Estado**), para ser discutidos y votados posteriormente, dado que fueron dos capítulos que llegaron al final de las mesas de trabajo y se requirió más estudio de los mismos, dada su complejidad y el impacto fiscal que conllevan. Esto es acogido por la Presidencia.

CAPÍTULO IX

Inspección, vigilancia y control

– **Artículos: 69, 71, 73 y 75:** Estos fueron **aprobados**, por mayoría absoluta, con ocho (8) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlосаma López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María*.

En consecuencia, los artículos **69, 71, 73 y 75,** quedaron aprobados tal como fueron presentados en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

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

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

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

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

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

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

El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:

e) El auto de apertura de investigación se notificará, conforme al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo al Representante Legal de la entidad vigilada, en él se manifestarán las razones y fundamentos de la apertura de investigación y se indicará la fecha y lugar en que se llevará la primera audiencia de trámite, en donde de forma oral el investigado presentará descargos y las pruebas que considere pertinentes. Durante el trámite de dicha audiencia, se decretarán las pruebas de oficio o a petición de parte, si a ello hubiere lugar;

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

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

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

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

El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

g) La Superintendencia, con fundamento en la información disponible, ordenará la apertura de la investigación;

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

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

j) La Superintendencia dispondrá de un (1) mes, después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión, para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente;

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

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

Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan mérito ejecutivo.

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

CAPÍTULO X

Disposiciones transitorias

– **Artículos: 77, 78, 80, 81, 82, 84 y 85:** Estos fueron **aprobados**, por mayoría absoluta, con ocho (8) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, San-*

tos *Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María*.

En consecuencia, los artículos **77, 78, 80, 81, 82, 84 y 85**, quedaron aprobados tal como fueron presentados en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

“Artículo 77. Plazo para la implementación de la ley. La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

(El artículo 77 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 78).

Artículo 78. Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud.

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

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

(El artículo 78 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 79).

Artículo 80. Balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas Compensación Familiar. A partir de la entrada en operación de Salud-Mía, las Cajas de Compensación Familiar que administran directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, contarán con seis (6) meses para presentar ante dicha entidad el balance correspondiente a la ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado de los periodos pendientes o cuyo balance haya sido glosado por el Fosyga. Vencido este plazo, las Cajas de Compensación Familiar no podrán reclamar recursos por concepto de déficit en el mencionado balance. En los casos en que el resultado del balance sea superavitario, los recursos correspondientes deben ser girados al Sistema, dentro del término antes señalado.

(El artículo 80 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 81).

Artículo 81. Continuidad de contratos y obligaciones del Fosyga. El Ministerio de Salud y Protección Social continuará con la ejecución y liquidación de los contratos y obligaciones que se encuentren vigentes y que correspondan al manejo, administración y operación de los recursos del Fosyga, una vez este sea suprimido.

(El artículo 81 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 82).

Artículo 82. Declaraciones de giro y compensación. Las declaraciones de giro y compensación del Fosyga que se encuentren en estado aprobado quedarán en firme luego de tres (3) años contados a partir de la fecha de aprobación del proceso de compensación. Una vez la declaración de giro y compensación quede en firme no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes.

(El artículo 82 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 83).

Artículo 84. Recobros y reclamaciones ante el Fosyga. Los recobros y reclamaciones ante Fosyga que hubieren sido glosados caducarán en dos (2) años. Para su reconocimiento y pago se exigirá los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, previa auditoría que será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud. Los documentos soporte de los recobros y reclamaciones podrán ser presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

(El artículo 84 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 85).

Artículo 85. Trámite de glosas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.

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

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

(El artículo 85 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 86).

CAPÍTULO XI

Disposiciones finales

– **Artículos: 86 y 87:** Estos fueron aprobados, por mayoría absoluta, con ocho (8) votos a favor y

dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María*.

En consecuencia, los artículos **86 y 87**, quedaron aprobados tal como fueron presentados en el Texto Propuesto de la Ponencia Mayoritaria, así:

“Artículo 86. Fondo de garantías para el sector salud. Salud-Mía dispondrá de un fondo destinado a la administración de los mecanismos financieros necesarios para preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los siguientes objetivos:

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

g) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento;

h) Participar transitoriamente en el capital de los agentes del sistema;

i) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de los agentes del sistema;

j) Cesión de cartera.

Los ingresos del fondo podrán ser:

g) Recursos del Presupuesto General de la Nación;

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

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

j) Los rendimientos financieros de sus inversiones;

k) Los recursos de la subcuenta de garantías del Fosyga, resultantes de su supresión;

l) Los demás que obtenga a cualquier título.

Los términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías para la Salud los establecerá el Gobierno Nacional. Los recursos que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros se incorporarán al portafolio del Fondo, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal a la respectiva subcuenta.

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

(El artículo 86 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 87).

Artículo 87. Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud cofinanciarán los componentes del Régimen Subsidiado, las acciones de salud pública y la prestación de servicios de salud realizada por los prestadores públicos, la cual se denominará como oferta pública. El Conpes Social determinará los porcentajes de los componentes señalados en el presente artículo, de conformidad con las prioridades de política del sistema.

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 1°. Los aportes patronales no podrán incrementarse de un año a otro por encima de la inflación, excepto por incremento de reformas legales.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá disponer de los recursos del Sistema General de Participaciones de oferta pública para financiar el valor por persona de Mi-Plan y definir la transformación de recursos de oferta pública a Régimen Subsidiado.

Parágrafo 3°. Los excedentes del Sistema General de Participaciones asignados para PPNA de vigencias anteriores, a la entrada en vigencia de la presente ley, se destinarán al saneamiento fiscal y financiero de las Instituciones Públicas prestadoras de servicios de salud en los términos señalados en el artículo 8° de la Ley 1608 y sus reglamentos, siem-

pre y cuando no existan a cargo del municipio y del departamento o distrito deudas por la prestación de servicios de salud.”

(El artículo 87 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 88).

La honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, sustentó su **Informe de Ponencia Positiva (Minoritaria)**: Radicado el jueves treinta (30) de mayo de 2013. Reproducción mecánica, vía e-mail., autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso, el cual consta de cincuenta y tres (53) artículos. Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 350 del 31 de mayo de 2013.

Enseguida se sometió a discusión y votación la proposición con que termina el informe de su ponencia, ya leído, el cual fue **negado**, con ocho (8) votos en contra y tres (3) votos a favor, ninguna abstención, sobre un total de once (11) honorables Senadores y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron negativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Ramírez Ríos Gloria Inés*.

Finalmente, en sesión de la fecha, martes once (11) de junio de 2013, según Acta número 31, se conformó una comisión accidental para revisar y posibilitar la conciliación de las proposiciones que aún no se han votado y presentar el respectivo informe, para ser entregado antes del próximo miércoles doce (12) de junio de 2013. Esta comisión quedó conformada por los honorables Senadores: *Édinson Delgado Ruiz, Antonio José Correa Jiménez, Gabriel Zapata Correa, Guillermo Antonio Santos Marín, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Astrid Sánchez Montes de Occa, Germán Bernardo Carlosama López y Mauricio Ernesto Ospina Gómez*.

Quinta Sesión de fecha miércoles 12 de junio de 2013, según Acta número 32

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5º, del Acto Legislativo 01 de 2009, Votación Pública y Nominal y a la Ley 1431 de 2011, “Por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el artículo 133 de la Constitución Política”, se continuó con discusión de los siguientes artículos, obteniendo la siguiente votación, conforme al estudio, revisión y conciliación que hiciera la Comisión Accidental nombrada para tal efecto, en sesión del once (11) de junio de 2013, según Acta 31, así:

De acuerdo a la metodología acordada y explicada por la Mesa Directiva, se empezó por aprobar los artículos que presentaron una (1) sola proposición, luego los de dos (2) proposiciones, luego los tres (3), y finalmente, el artículo 31, que tuvo nueve (09) proposiciones. El honorable Senador Jorge Eliécer Ballesteros, como coordinador de la Comisión Accidental, orientó la discusión y votación de la siguiente manera y con los siguientes resultados:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 2º. Este artículo tuvo proposición de los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Guillermo Antonio Santos Marín*, en el sentido de agregar dos palabras: “inspecciona, vigila”, siendo **aprobado**, con siete (7) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*.

El artículo 2º, quedó entonces aprobado de la siguiente manera:

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

Artículo 4º. Este artículo tuvo proposición de los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Édinson Delgado Ruiz*, en el sentido de agregar en el literal j), la expresión “de los usuarios” y, al final, adicionar como último inciso: Los resultados obtenidos del proceso de evaluación servirán de insumo para la elaboración de políticas públicas para el sector”.

Sometido a consideración y votación, el **artículo 4º**, fue **aprobado**, con siete (7) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*.

El artículo 4º, quedó entonces aprobado de la siguiente manera:

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

- k) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;
- l) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;
- m) El aporte de las tecnologías en salud;
- n) La capacidad de la red hospitalaria;
- o) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;
- p) Los resultados de las políticas de salud pública;
- q) La inspección vigilancia y control;
- r) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;

- s) La sostenibilidad financiera;
- t) La percepción de los usuarios y profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sobre sus condiciones laborales.

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

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

Enseguida se puso en consideración la discusión y votación de la **reapertura del artículo 6º**, dado que ya fue aprobado en sesión del día once (11) de junio de 2013, según Acta 31. Tuvo una proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, quien no estuvo presente por estar incapacitada y cuyas excusas fueron enviadas oportunamente a la Comisión de Acreditación Documental para lo de su competencia; esta proposición fue entonces sustentada por el honorable Senador *Mauricio Ernesto Ospina Gómez*.

La reapertura del artículo 6º, fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*.

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, dio lectura a la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y como coordinador de la Comisión Accidental, recomienda que se niegue, con la anuencia del Gobierno. La Secretaria dejó constancia que queda leída la proposición de la Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, en cumplimiento de la Ratio Decidendi a lo dispuesto en la Sentencia C-760 de 2001, (todas las proposiciones, previo a la votación, deben ser leídas), tal como lo hizo el Senador Ballesteros, así:

“Artículo 6º. Salud Pública. Es el conjunto de conocimientos, decisiones y acciones individuales y colectivas, expresadas en políticas públicas, tendientes a favorecer la salud de la población y a asumir el deber estatal y la responsabilidad pública por la salud. La salud pública orienta el sistema de salud y propicia la articulación de la acción estatal y social por la salud y la calidad de vida de la población. Incluye acciones sectoriales e intersectoriales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente así como a intervenir sus determinantes sociales, que contribuyen a reducir la inequidad en el nivel de salud entre los distintos grupos poblacionales.

Incluye además, las funciones y competencias relacionadas con el ejercicio de la rectoría y gobernabilidad de la salud pública; la gerencia y coordinación de la vigilancia en salud pública; y las de inspección,

vigilancia y control sanitario en el territorio. Estas son una responsabilidad indelegable del Estado, asumidas y financiadas de manera directa por cada Entidad Territorial, conforme a las competencias definidas en los artículos 43.3, 44.3 y 45 de la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes. Para tal fin las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces deberán adecuar su estructura técnica, administrativa y de gestión.

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá: i) los lineamientos, metodologías, herramientas e instrumentos que permitan fortalecer la planeación y gestión en salud pública en los niveles municipal, distrital y departamental; ii) los modelos de evaluación, seguimiento y control; iii) las responsabilidades y requerimientos para todos y cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en esta materia; y iv) las acciones de cooperación y asistencia técnica permanente necesarias para su implementación y desarrollo.

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

Parágrafo 3º. La prestación de estas acciones será realizada por instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas y contratadas por la unidad territorial de salud correspondiente. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el sistema de garantía de la calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de Salud Pública y los resultados en salud de las mismas”.

Leída la proposición al **artículo 6º**, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, esta fue **negada**, con siete (7) votos en **contra** y dos (2) votos a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo y Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida fue sometido a consideración el **artículo 6º**, tal como fue presentado en la **ponencia mayoritaria**, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336, siendo **aprobado**, con siete (7) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*.

El artículo 6º, quedó entonces aprobado de la siguiente manera:

Artículo 6º. Salud pública. Se entiende por salud pública el conjunto de acciones colectivas llevadas a cabo sobre las comunidades y sus entornos, dirigidas y ejecutadas por el Estado para mantener la salud y prevenir la enfermedad. Incluye acciones sectoriales e intersectoriales enfocadas a reducir los riesgos de enfermar y morir prematuramente así como a intervenir sus determinantes sociales, que contribuyen a reducir la inequidad en el nivel de salud entre los distintos grupos poblacionales.

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

Parágrafo 1º. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá: i) los lineamientos, metodologías, herramientas e instrumentos que permitan fortalecer la planeación y gestión en salud pública en los niveles municipal, distrital y departamental; ii) los modelos de evaluación, seguimiento y control; iii) las responsabilidades y requerimientos para todos y cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en esta materia; y iv) las acciones de cooperación y asistencia técnica permanente necesarias para su implementación y desarrollo.

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

Parágrafo 3º. La prestación de estas acciones se realizará mediante contratación con instituciones públicas prioritariamente, o privadas debidamente autorizadas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el sistema de garantía de la calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de Salud Pública y los resultados en salud de las mismas.

Enseguida, la Presidencia sometió a consideración la solicitud de reapertura de los artículos 7º, 8º, 11, 12, 15 y 21. Sometida a votación, la **reapertura** de estos artículos fue **aprobada**, con seis (6) votos a favor y tres (3) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Santos Marín Guillermo Antonio y Wilches Sar-*

miento Claudia Jeanneth. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid y Zapata Correa Gabriel.*

El Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* explica que frente al **artículo 7º**, reabierto, hubo una (1) proposición de la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, la cual es leída por la Secretaría así:

“Artículo 7º. Plan Decenal de Salud Pública. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años un Plan Decenal de Salud Pública, el cual contendrá el diagnóstico, las prioridades y los lineamientos de acción del país y sus territorios en materia de salud pública y atención individual en salud. Establecerá las pautas para una acción coordinada y articulada entre sectores y actores para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública, de prestación de servicios y del abordaje conjunto de los determinantes sociales de la salud.

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrollará en las Entidades Territoriales mediante Planes Territoriales de Salud formulados cada cuatro (4) años. Estos planes serán elaborados en forma coordinada con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud y las correspondientes Unidades Territoriales de Salud, con la participación vinculante de las comunidades, quienes tendrán en cuenta las recomendaciones y decisiones de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública. Su ejecución a nivel territorial se hará en el marco de la estrategia de atención primaria, los planes territoriales de salud y los planes operativos locales”.

La proposición presentada al artículo 7º, por la Senadora *Ramírez*, fue **negada**, con ocho (8) votos en **contra** y un (1) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.* El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto.*

Puesta a consideración y votación del **artículo 7º**, tal como aparece en la *Gaceta del Congreso* número 336, de la ponencia **mayoritaria: Artículo 7º.** Este artículo fue **aprobado**, con siete (7) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.* Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María.*

El artículo 7º, quedó entonces aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 7º. Plan Decenal de Salud Pública. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años un Plan Decenal de Salud Pública, el cual contendrá el diagnóstico, las prioridades y los lineamientos de acción del país y sus territorios

en materia de salud pública y atención individual en salud. Establecerá las pautas para una acción coordinada y articulada entre sectores y actores para el desarrollo de políticas, planes y programas de salud pública, de prestación de servicios y del abordaje conjunto de los determinantes sociales de la salud.

El Plan Decenal de Salud Pública se desarrollará en las Entidades Territoriales mediante Planes Territoriales de Salud formulados cada cuatro (4) años. Estos planes serán elaborados en forma coordinada con los Consejos Locales de Política Social, las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, los Gestores de Servicios de Salud y con la participación de las comunidades, quienes tendrán en cuenta las recomendaciones y decisiones de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud Pública. Su ejecución a nivel territorial se hará en el marco de la estrategia de atención primaria, los planes territoriales de salud y los planes operativos locales”.

Enseguida se sometió a consideración la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* al **artículo 8º**, el cual es leído por la Secretaría así:

“**Artículo 8º. Planes Territoriales de Salud.** El Plan Territorial de Salud define el diagnóstico, las prioridades y los lineamientos de acción del territorio en materia de salud pública y atención individual en salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Contiene los programas, estrategias e intervenciones orientadas a garantizar el logro de los objetivos, metas y resultados en salud de la entidad territorial, organizadas en tres (3) componentes: i) promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud; ii) las prioridades que deben desarrollar los prestadores de servicios de salud en su población a cargo y los resultados esperados de su gestión en aspectos como detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de los eventos de interés en salud pública; y iii) fortalecimiento y ejercicio de la autoridad sanitaria y de gestión en salud pública en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.

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

Sometido a votación, este artículo 8º, presentado por la Senadora *Ramírez*, fue **negado**, con seis (6) votos en **contra** y dos (2) votos a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **afirmativa-**

mente fueron: *Carlosama López Germán Bernardo y Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida se sometió a votación el artículo 8º, de la ponencia **mayoritaria**, tal como aparece en la *Gaceta del Congreso* número 336. **Artículo 8º.** Este artículo fue **aprobado**, con siete (7) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marin Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*.

El artículo 8º, quedó entonces aprobado de la siguiente manera:

“**Artículo 8º. Planes Territoriales de Salud.** El Plan Territorial de Salud define el diagnóstico, las prioridades y los lineamientos de acción del territorio en materia de salud pública y atención individual en salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

Contiene los programas, estrategias e intervenciones orientadas a garantizar el logro de los objetivos, metas y resultados en salud de la entidad territorial, organizadas en tres (3) componentes: i) promoción de la salud y acción sobre los determinantes sociales de la salud; ii) las prioridades que debe desarrollar cada Gestor de Servicios de Salud en su población a cargo y los resultados esperados de su gestión en aspectos como detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de los eventos de interés en salud pública; y iii) fortalecimiento y ejercicio de la autoridad sanitaria y de gestión en salud pública en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.

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

A continuación se da lectura al **artículo 11**, propuesto por la honorable Senadora *Gloria Ines Ramírez Ríos*, así:

“**Artículo 11. Creación del Fondo Único Público para la Salud.** Créase el Fondo Único Público para la Salud como persona jurídica de carácter público, con presupuesto, dirección y personal propios, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la supervisión del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual fungirá como junta directiva, y la inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud”.

Puesto consideración y votación el **artículo 11**, presentado por la Senadora *Ramírez*, este artículo fue **negado**, con seis (6) votos en **contra** y dos (2)

votos a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo y Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida se sometió a consideración y votación el **artículo 11** de la ponencia mayoritaria, así: **Artículo 11**. Este artículo fue **aprobado**, con seis (6) votos a favor y tres (3) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*.

El artículo 11, quedó entonces aprobado de la siguiente manera:

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

Se continuó con la lectura del **artículo 12**, propuesto por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

“Artículo 12. Régimen del Fondo Único Público para la Salud. El régimen de los empleados del Fondo Único Público para la Salud en materia de clasificación de empleos, administración de personal y carrera administrativa será el que rige para los empleados públicos. En materia de nomenclatura el personal se registrará por un sistema especial.

El presupuesto y manejo de los recursos estará sujeta a control Fiscal por parte de la Contraloría General de República y sujeto al control de la Superintendencia Financiera de Colombia”.

Este **artículo 12**, de la Senadora Ramírez, fue **negado**, con ocho (8) votos en **contra** y un (1) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida se sometió a votación el **artículo 12**, de la ponencia **mayoritaria**, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así: **Artículo 12**. Este artículo fue **aprobado**, con siete (7) votos a

favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*.

El artículo 12, quedó entonces aprobado de la siguiente manera:

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

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

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

Se continuó con la lectura del **artículo 15**, propuesto por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

“Artículo 15. Domicilio y Patrimonio. La unidad de gestión tendrá domicilio en Bogotá, D. C. Su patrimonio estará conformado por los aportes del Presupuesto General de la Nación, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, el patrimonio del Fosyga y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio del Fondo Único Público para la Salud”.

Este **artículo 15**, propuesto por la Senadora *Ramírez*, fue **negado**, con ocho (8) votos en **contra** y un (1) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida se sometió a votación el **artículo 15**, de la ponencia **mayoritaria**, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así: **Artículo 15**. Este artículo fue **aprobado**, con seis (6) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Co-*

rrea Gabriel. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*.

El artículo 15, quedó entonces aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 15. Domicilio y Patrimonio. La unidad de gestión tendrá domicilio en Bogotá, D. C. Su patrimonio estará conformado por los aportes del Presupuesto General de la Nación, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, el patrimonio del Fosyga y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la unidad de gestión.

Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la unidad de gestión se financiarán con recursos del Presupuesto General de la Nación y con un porcentaje de los recursos administrados que defina el reglamento, en ningún caso se financiarán con los recursos del Sistema General de Participaciones o con las rentas cedidas propiedad de las Entidades Territoriales”.

Se continuó con la lectura del **artículo 21**, propuesto por la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos, así:

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

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

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional de las personas;
- b) Que sean prestaciones no propias del ámbito de la salud;
- c) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- d) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su efectividad clínica;
- e) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad sanitaria;
- f) Que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano estando disponibles en el país;
- g) Que se encuentren en fase de experimentación.

Parágrafo. Cuando se trate de servicios y tecnologías en fase de experimentación clínica, quien financie la investigación deberá garantizar la continuidad del tratamiento en el marco de la política nacional de ciencias, tecnología e innovación en la salud, respetando la destinación específica recursos públicos de la Salud”.

Este **artículo 21**, propuesto por la Senadora Ramírez, (proposición sustitutiva) fue **negado**, con ocho (8) votos en **contra** y un (1) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge*

Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida se sometió a votación otra proposición al artículo 21, avalada por el Gobierno. La Secretaría aclara que esta no es la que está publicada en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013. El señor Presidente Edinson Delgado Ruiz, explica que esta proposición fue presentada por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, avalado por varios Senadores y con el visto bueno del Gobierno en cabeza del señor Ministro de Salud. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

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

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

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

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

Se sometió la anterior **proposición modificativa** al **artículo 21** publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013 así: **Artículo 21**, fue **aprobado**, con siete (7) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María*. En consecuencia el artículo 21 queda tal como fue leía la proposición presentada por el Senador Ballesteros y otros, avalada por el Gobierno. El Senador *Mauricio Ernesto Ospina*, dejó como constancia dos temas: uno, que dentro de las exclusiones queda por fuera el tema de lo cosmético o suntuario si no tiene capacidad funcional, en casos como los ataques de ácido en el rostro a mujeres y a su juicio, se debe dejar una

herramienta que permita protegerlas. Y, otro tema, el relacionado con el literal que se elimina, se abra una puerta para tratamientos en el exterior, lo cual sería nefasto para el sistema.

Se continúa con la discusión y votación de los siguientes artículos que tienen una proposición: **13, 19, 20, 28, 36, 38, 47, 51, 70, 72, 83, 88 y 89.**

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, indica que la Comisión Accidental recomienda aprobarlos en bloque afirmativamente, dándoles lectura previa. Solicita se excluya de ese bloque el artículo 13.

Se sometió entonces la proposición al **artículo 13**, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*; la Secretaría hizo la siguiente lectura:

“**Artículo 13. Objeto.** El Fondo Único Público para la Salud tiene por objeto la asignación, transferencia y gasto equitativo de los recursos por territorios de salud, realizar los pagos, administrar el registro de la afiliación de la población, recaudar las cotizaciones y administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquella pertinente para la administración del Sistema que garantice el derecho a la salud”.

Puesto a consideración la proposición al artículo 13, presentado por la Senadora Ramírez, este artículo fue **negado**, con siete (7) votos en **contra** y tres (3) votos a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Lilibiana María*.

Se sometió enseguida a votación el **artículo 13**, de la ponencia **mayoritaria**, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así: **Artículo 13**. Este artículo fue **aprobado**, con siete (7) votos a favor y tres (3) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Lilibiana María*.

En consecuencia el artículo 13, quedó aprobado de la siguiente manera:

“**Artículo 13. Objeto.** La Unidad de Gestión tiene por objeto administrar el registro de la afiliación de la población, recaudar las cotizaciones, administrar los recursos a su cargo, realizar los pagos, giros o transferencias, y administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquella pertinente para la administración del Sistema”.

Enseguida se sometió a discusión y votación una proposición al **artículo 19**, presentada por el hono-

rable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y avalada por el Gobierno, en el sentido de adicionar el siguiente párrafo:

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

Puesta a consideración dicha proposición aditiva al **artículo 19**, más el artículo de la ponencia mayoritaria, tal como fue publicada en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, se obtuvo su **aprobación**, con nueve (9) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. La honorable Senadora que votó **negativamente** fue: *Rendón Roldán Lilibiana María*.

En consecuencia el artículo 19, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

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

A continuación se sometió a consideración la proposición al **artículo 20**, presentada por la honorable Senadora *Gilma Jiménez Gómez*, en el sentido de adicionar la expresión “Igualmente, dicho plan será actualizado cada seis (6) meses”, al final del párrafo 1°. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

“**Artículo 20. Plan de Beneficio de Salud Mi-Plan.** El Plan de Beneficios de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, corresponde a los servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país y requeridas para atención en salud. Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con los criterios definidos en el presente capítulo.

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

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

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

en el presente capítulo, manteniendo las exclusiones explícitas al momento de entrada en vigencia de la presente ley. Igualmente, dicho plan será actualizado cada seis (6) meses.

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

Puesta a consideración la proposición aditiva, presentada por la Senadora Jiménez, al **artículo 20**, esta fue **negada**, con nueve (9) votos en **contra** y un (1) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Rendón Roldán Liliana María, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.* El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto.*

Enseguida, fue puesta a consideración el artículo 20, de la ponencia **mayoritaria**, tal como fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así: **Artículo 20**, este artículo fue **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.* Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Rendón Roldán Liliana María.*

En consecuencia el artículo 20, quedó aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 20. Plan de Beneficio de Salud Mi-Plan. El Plan de Beneficios de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, corresponde a los servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país y requeridas para atención en salud. Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con los criterios definidos en el presente capítulo.

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

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

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

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

Enseguida, fue puesta en consideración la proposición modificativa al **artículo 28**, presentado por la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento.* Se le dio la siguiente lectura:

“Artículo 28. Habilitación de Redes de Prestación de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y protección social definirá los criterios y condiciones mínimas de suficiencia, integralidad y libre elección con que deben habilitarse las Redes de Prestadores de Servicio de Salud de los Gestores de Servicios de Salud, los cuales serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud de manera continua.

Parágrafo. Cada uno de los gestores deberá realizar anualmente una encuesta de satisfacción a sus afiliados en la que se evidencia la aceptación o no por parte de estos, de los servicios prestados por el Gestor y su red de prestadores. Los resultados de dicha encuesta serán analizados por el Ministerio de Salud y Protección social y serán tenidos en cuenta a la hora de evaluar la habilitación de un gestor y su red de prestadores”.

El Senador Ballesteros, recomienda negarla, dado que lo propuesto ya está recogido en el artículo 4°.

Sometida a votación la proposición presentada por la Senadora *Wilches*, al **artículo 28**, esta fue **negada**, con ocho (8) votos en **contra** y ningún voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.*

Puesto a consideración el **artículo 28**, de la ponencia mayoritaria, tal como fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2012, se obtuvo la siguiente votación: **Artículo 28.** Este artículo fue **aprobado**, con siete (7) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.* El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto.*

En consecuencia el artículo 28, quedó aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 28. Habilitación de Redes de Prestación de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de suficiencia, integralidad y libre elección con que deben habilitarse las Redes de Prestadores de Servicios de Salud de los Gestores de Servicios de Salud, los cuales serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud de manera continua”.

A continuación se sometió a discusión la proposición al **artículo 36**, de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, en el sentido de eli-

minar la expresión “está autorizado a”. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

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

Acogida esta proposición se sometió a votación, en simultánea, la proposición de la Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento* y el artículo 36, de la ponencia mayoritaria, así: **Artículo 36**. Este artículo más la proposición antes leída, fue **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

En consecuencia el artículo 36, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

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

La Presidencia anuncia que dado que hay algunas observaciones frente al artículo 38, se aplaza su discusión y votación, para más adelante.

Enseguida se sometió a discusión la proposición al artículo 47, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

“**Artículo 47. Régimen laboral de los residentes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.** En el marco de las disposiciones de la Ley 1438 de 2011, que establece la creación de empleos temporales para responder a la formación de médicos en especializaciones clínicas, el Gobierno Nacional definirá para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas del orden nacional y territorial, las características del empleo, el régimen

salarial, prestacional y demás beneficios salariales, teniendo en cuenta para ello que no corresponden a empleos de carrera y que el ingreso de estos no se hará con base en las listas de elegibles vigentes para la provisión de empleos de carácter permanente.

El Gobierno Nacional cofinanciará parte del costo en dinero de los empleos de residentes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que cursen programas de especialización clínica considerados prioritarios para el país. Este reconocimiento no será inferior en ningún caso a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes y a él tendrán derecho todos los médicos residentes del país vinculados a los programas de formación médica en especializaciones clínicas en el marco de lo dispuesto por la ley.

Para lo cual y sin perjuicio de otras fuentes de financiación, los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán sin afectar los programas vigentes y de manera progresiva a la financiación de los empleos temporales contemplados en el presente artículo”.

Sometida a votación esta proposición de la Senadora Ramírez, al **artículo 47**, este artículo fue **negado**, con ocho (8) votos en **contra** y un (1) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida se sometió a consideración el **artículo 47**, tal como fue presentado en la ponencia mayoritaria y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así: **Artículo 47**. Este artículo fue **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

En consecuencia el artículo 47, quedó aprobado de la siguiente manera:

“**Artículo 47. Régimen laboral de los residentes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.** En el marco de las disposiciones de la Ley 1438 de 2011, que establece la creación de empleos temporales para responder a la formación de médicos en especializaciones clínicas, el Gobierno nacional definirá para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas del orden nacional y territorial, las características del empleo, el régimen salarial, prestacional y demás beneficios salariales, teniendo en cuenta para ello que no corresponden a

empleos de carrera y que el ingreso de estos no se hará con base en las listas de elegibles vigentes para la provisión de empleos de carácter permanente.

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

A continuación se sometió a discusión el **artículo 51**, del Capítulo VIII. Se sometió a consideración la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y se le dio lectura, así:

“**Artículo 51. Régimen y política laboral en salud.** Los trabajadores de las instituciones públicas del sector salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

a) Las personas vinculadas a las instituciones públicas de salud, por norma general, estarán vinculados por contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo;

b) Los empleados públicos de libre nombramiento y remoción corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices y/o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado;

c) Los servidores públicos actualmente vinculados a las instituciones públicas de salud continuarán vinculados sin solución de continuidad y se les respetarán sus derechos adquiridos. En consecuencia, seguirán con el mismo régimen salarial y prestacional que vienen disfrutando, hasta el momento de su retiro, siempre y cuando sea más favorable para el trabajador, incluyendo los de carrera administrativa;

d) El Gobierno nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las instituciones públicas de salud, en un término no mayor a tres (3) meses, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las plantas de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política y los siguientes elementos:

i) El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal;

ii) Requerimientos reales de las plantas de personal;

iii) Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan que la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad;

iv) Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal;

v) Normas sobre incentivos salariales y no salariales;

vi) Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones públicas de salud;

vii) Normas de salud laboral, higiene y medicina del trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes músculo-esqueléticos y los aspectos psíquico-laborales, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud;

viii) Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y para períodos de cuatro (4) años, una política laboral del sector salud que permita orientar la distribución de los recursos humanos del sistema en su conjunto, para superar las inequidades regionales y mejorar la respuesta a las necesidades territoriales en salud, incluyendo una readecuación del servicio social obligatorio en salud, sin perjuicio del régimen laboral que se establezca”.

La recomendación de la Comisión Accidental, es que se niegue este artículo, pero que a Plenaria se llegue con algo más construido y más sólido. El señor Ministro de Salud, explica que ese artículo es el resultado de casi un año de estudio entre su Ministerio, el de Trabajo y la Función Pública, por lo que se solicita aprobar lo presentado en la mayoría y que este tema ya ha sido consultado con el Ministerio de Hacienda. Luego de varias apreciaciones por parte de los Senadores, la Presidencia indica que antes del Segundo Debate a esta reforma, se hará una audiencia pública con todos los sectores que representan a los trabajadores.

Se sometió entonces a votación la proposición presentada al **artículo 51**, de la Senadora Ramírez, la cual fue **negada**, con seis (6) votos en **contra** y dos (2) votos a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Balisteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo y Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida se sometió a votación el **artículo 51**, tal como fue presentado en la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así: **Artículo 51**, Este artículo fue **aprobado**, con seis (6) votos a favor y tres (3) votos en

contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth*.

En consecuencia el artículo 51, quedó aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 51. Clasificación de los servidores públicos vinculados a las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial. Los servidores de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, tendrán la calidad de empleados públicos y se clasifican en:

a) De libre nombramiento y remoción, que corresponden a los empleos que cumplen funciones de:

- Dirección, conducción y orientación institucional, incluido el Gerente o Director y el Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión o quien haga sus veces.

- Especial confianza que tengan asignadas funciones de asesoría institucional, asistenciales o de apoyo, que estén al servicio directo del Director o Gerente de la Empresa, y

- Administración y manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.

b) De carrera, que corresponde a los empleos que cumplen funciones de:

- Apoyo a la gestión administrativa y financiera.
- Apoyo a la gestión asistencial en salud, diferentes a la atención directa en salud a los pacientes.
- Mantenimiento de planta física, industrial hospitalaria y de equipo biomédico y servicios generales, cuando estos sean prestados por personal de planta;

c) Servidores de la salud, que corresponde a una nueva categoría de empleado público que se registrará por las disposiciones contenidas en la presente ley y comprende a quienes cumplen funciones asistenciales en salud, de cualquier nivel jerárquico con excepción de los empleos clasificados en el nivel directivo, relacionadas con la atención directa en salud a los pacientes en actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Parágrafo. Los empleados públicos clasificados en la presente ley como de carrera, se registrarán para su ingreso y permanencia por lo señalado en la Ley 909 de 2004 y en las normas que la reglamenten, modifiquen o sustituyan.

En caso de supresión del empleo de los servidores con derecho de carrera, como consecuencia de un proceso de reestructuración o de modernización de la entidad, tendrán derecho a percibir la indemnización de que trata la Ley 909 de 2009, en los mismos términos y condiciones allí establecidas.

En caso de supresión del empleo de los servidores que adquirieron la categoría de empleados públicos y que venían clasificados como trabajadores oficiales, como consecuencia de un proceso de reestructuración o de modernización de la entidad, tendrán

derecho a percibir la indemnización pactada en la respectiva convención colectiva, mientras esta se encuentre vigente”.

Enseguida se sometió a consideración la proposición al **artículo 70**, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Guillermo Antonio Santos Marín*, en el sentido de sustituir la expresión “podrá ordenar”, por la expresión “ordenará”. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

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

Se sometió entonces a votación la proposición leída junto con el **artículo 70**, presentado en la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así:

Artículo 70. Este artículo más la modificación propuesta, fue **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia el artículo 70, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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

Enseguida se sometió a consideración la proposición al **artículo 72**, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Guillermo Antonio Santos Marín*, en el sentido de sustituir la expresión “podrá ordenar”, por la expresión “ordenará”. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

“El Superintendente Nacional de Salud **ordenará** la toma de posesión a las entidades vigiladas de cualquier naturaleza, bajo cualquiera de sus modalida-

des, mediante acto administrativo motivado que será de cumplimiento inmediato a través del funcionario comisionado”.

Se sometió entonces a votación la proposición leída junto con el **artículo 72**, presentado en la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así:

Artículo 72. Este artículo, más la modificación, fue **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.*

En consecuencia el artículo 72, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

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

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

Enseguida se sometió a consideración la proposición al **artículo 83**, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Guillermo Antonio Santos Marín*, en el sentido de adicionar la expresión “y pago”, en el título y dentro del inciso primero del artículo. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

“**Artículo 83. Saneamiento y pago de deudas.** Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán un periodo máximo de seis (6) meses para la aclaración de las deudas pendientes provenientes de la prestación de servicios de salud. El Gobierno nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones; para ello la Superintendencia Nacional de Salud y los demás organismos de control y vigilancia del sector, aplicarán las sanciones a que haya lugar”.

Se sometió entonces a votación la proposición leída junto con el **artículo 83**, presentado en la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así:

Artículo 83. Este artículo más la proposición aditiva, fue **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio, Wilches Sarmiento Claudia Jeanneth y Zapata Correa Gabriel.*

En consecuencia el artículo 83, quedó aprobado de la siguiente manera:

Artículo 83. Saneamiento y pago de deudas. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán un periodo máximo de seis (6) meses para la aclaración de las deudas pendientes provenientes de la prestación de servicios de salud. El Gobierno nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones; para ello la Superintendencia Nacional de Salud y los demás organismos de control y vigilancia del sector, aplicarán las sanciones a que haya lugar.

(El artículo 83 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del texto definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 84).

Todas las proposiciones presentadas, discutidas, aprobadas y/o negadas, reposan en el expediente.

Conforme a lo dispuesto en el artículo 8º, del Acto Legislativo número 001 de 2003, (último inciso del artículo 160 de la Constitución Política), se hizo anuncio del Proyecto de ley número 210 de 2013 y sus acumulados, para continuar con la discusión y votación de articulado en la próxima sesión convocada para el día jueves trece (13) de junio de dos mil trece (2013).

Sexta sesión de fecha jueves 13 de junio de 2013, según Acta número 33.

Continuación de la discusión y votación del informe de ponencia para Primer Debate al Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados (Proyecto de ley número 52 de 2012 Senado y 233 de 2013 Senado).

La Secretaría informa que: el once (11) de junio de 2013, se aprobaron treinta y cuatro (34) artículos; el doce (12) de junio de 2013, se aprobaron diecinueve (19) artículos, de los cuales fueron reabiertos los artículos 6º, 7º, 8º, 11, 12, 15 y 21, lo cual quiere decir que se aprobaron doce (12) artículos; total aprobados cuarenta y seis (46) artículos; quedan entonces pendientes de discusión y votación cuarenta y cuatro (44) artículos. Igualmente la Secretaría informó que a la fecha, hay veintiún (21) artículos frente a los cuales no han radicado proposiciones.

El señor Presidente, honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, explicó que la metodología a seguir es aprobar esos que no tiene proposiciones, luego continuar con los que tienen una (1) proposición, luego los que tuvieron dos (2) proposiciones, enseguida los que presentaron tres (3) proposiciones, los que tuvieron más de tres, etc.; y, al final discutir los artículos nuevos.

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 5º, del Acto Legislativo número 01 de 2009, Votación Pú-

blica y Nominal y a la Ley 1431 de 2011, “por la cual se establecen las excepciones a que se refiere el artículo 133 de la Constitución Política”, se continuó con discusión del articulado obteniendo la siguiente votación, conforme al estudio, revisión y conciliación que hiciera la Comisión Accidental nombrada para tal efecto, en sesión del once (11) de junio de 2013, según Acta número 31, así:

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, como ponente coordinador y de acuerdo al trabajo adelantado por la Comisión Accidental en la noche anterior, sugirió aprobar esos veintiún (21) artículos que no presentaron proposiciones, que se voten en bloque. Estos artículos son: 44, 46, 49, 50, y los artículos 52 al 68.

Puestos a consideración los veintiún (21) artículos que a la fecha no presentaron proposiciones: **44, 46, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67 y 68**; estos fueron **aprobados en bloque**, por solicitud de los honorables Senadores coordinadores de ponentes, con siete (7) votos a favor y un (01) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó afirmativamente fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida, se pone a consideración la **reapertura del artículo 21 y el artículo 36**, por solicitud del señor Coordinador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*. Sometida a votación esta reapertura, a los artículos 21 y 36, se obtuvo su **aprobación**, con ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Enseguida se sometió a discusión y votación de la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, el Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, dio lectura al parágrafo nuevo propuesto al artículo 21, así:

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

Sometido a votación el **artículo 21 aprobado en sesión del día doce (12) de junio de 2013**, y este parágrafo nuevo al **artículos 21**, propuesto por la Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, con el cual estuvieron de acuerdo los ponentes y tuvo aval del Gobierno, se obtuvo su **aprobación**, con ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores

presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 21, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

m) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o sueltuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;

n) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

o) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

p) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

q) Que se encuentren en fase de experimentación.

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

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

Enseguida se sometió a discusión el **artículo 36** que ya fue aprobada su reapertura. La proposición presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz y Astrid Sánchez Montes de Occa*, avalada por el Gobierno, propone adicionar un último inciso, así:

“**Sin perjuicio de lo anterior, el porcentaje de contratación con la red pública en el Régimen Subsidiado no podrá ser inferior al 60% de los recursos manejados por el sector Gestor proveedores de este régimen”.**

Propone además, el Senador Ballesteros, de acuerdo a las consideraciones escuchadas del Senador Ospina y otros Senadores y al señor Ministro de Salud, cambiar la expresión “en primer lugar” por la palabra “obligatoriamente”, en el inciso 2º del artículo 36.

Puesto a votación las proposiciones ya descritas al **artículo 36**, reabierto, este fue **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron

afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

En consecuencia, el artículo 36, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

Si la oferta pública disponible no es suficiente o no está disponible para la demanda requerida, el Gestor de Servicios de Salud **deberá** contratar el faltante con prestadores de servicios de salud privados, bajo las condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo siempre en cuenta las recomendaciones realizadas hechas por las respectivas entidades territoriales y la comisión de área.

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

Enseguida la Presidencia indicó que se continúa con la aprobación de los artículos pendientes de votar en la sesión anterior, que solo presentan una proposición: Los **artículos 88 y el 89.**

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* dio lectura a la proposición de su autoría y de los honorables Senadores: *Guillermo Antonio Santos Marín, Edinson Delgado Ruiz, Germán Bernardo Carlosama López y Astrid Sánchez Montes de Occa*, la cual está avalada por el Gobierno.

“Artículo 88. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de Juntas Directivas. Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente.

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 1º. El Gobierno nacional definirá las calidades exigidas para ser Gerente o Director de una Empresa Social del Estado partiendo del hecho de que en todos los casos debe tratarse de profesionales universitarios con tres (3) o más años de experiencia en el sector. Las calidades exigidas pueden variar dependiendo del nivel de complejidad o de los servicios que preste la ESE”.

Se acordó revisar, estudiar y mejorar este tema para Segundo Debate. El honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez*, retiró su intención de radicar una proposición frente a este tema, con el compromiso de que la Comisión Accidental, para realizar dicho estudio y revisión del tema de la junta directiva y la participación del ente territorial, para llevarlo a plenaria; la Presidencia indicó que la subcomisión asume la revisión acordada a este artículo para Segundo Debate; el honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda Tarazona*, solicitó ser incluido en dicha Comisión Accidental, y así quedó de acuerdo al artículo 66 del Reglamento Interno del Congreso.

Una vez leída y discutida esta proposición, al **artículo 88**, esta fue **aprobada**, con ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo* (votó sí, con la recomendación de revisión a este artículo para Segundo Debate), *Correa Jiménez Antonio José* (vota sí con la aclaración previa para Segundo Debate), *Delgado Ruiz Edinson* (vota sí con la aclaración previa para Segundo Debate), *Jiménez Gómez Gilma* (sí, con la previa revisión para Segundo Debate), *Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel* (sí, con revisión previa antes del Segundo Debate).

En consecuencia, el **artículo 88**, quedó aprobado tal cual como fue leída la proposición por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*.

(El artículo 88 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del texto definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 89).

Seguidamente el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, dio lectura a la proposición presentada por el honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, frente al artículo 89, así:

“Artículo 89. Facultades extraordinarias minorías étnicas. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, rai-zales y palenqueras, manteniendo la normatividad vigente que les sean más favorables.

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

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

Una vez sustentada esta proposición por su autor, el honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, el honorable Senador *Antonio José Correa*, dejó una **constancia**, referente al tema de facultades extraordinarias de las minorías étnicas, explicando que no puede seguir sucediendo el crecimiento vertical a expensas de usurpadores de esa calidad de régimen especial de la minoría étnica, en algunas regiones del país, en detrimento de la red pública hospitalaria de los municipios, en especial de cierta categoría.

Puesta a consideración la proposición al **artículo 89**, esta fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlosama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José* (vota sí con la constancia), *Delgado Ruiz Edinson*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*, *Sánchez Montes de Occa Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*.

(El artículo 89 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del texto definitivo aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 90).

La Secretaría de la Comisión dejará expresa constancia en el acta de esta sesión, que el artículo

89 de la Ponencia Mayoritaria (*Gaceta del Congreso* número 336 de 2013), con proposición modificativa presentada por el honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, fue votado y aprobado con la mayoría absoluta que exige el numeral 2 del artículo 119 de la Ley 5ª de 1992 (Reglamento Interno del Congreso) y el inciso 1º del numeral 10 del artículo 150 Constitucional, habiéndose aprobado con nueve (9) votos a favor sobre un total de catorce (14) integrantes de la Comisión.

Enseguida, la Presidencia indicó que se continuaba con la discusión de los artículos que tienen dos (2) proposiciones o más. El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, indica que el **artículo 5º**, tuvo cuatro proposiciones: una presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, otra por la honorable Senadora *Gilma Jiménez Gómez*, una más presentada por los honorables Senadores *Luis Carlos Avellaneda Tarazona* y *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y otra del honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* que se unificó finalmente con la anterior.

Se inició con la proposición sustitutiva presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

“Artículo 5º. Principios del Sistema. Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:

a) **Universalidad.** Es la garantía de la cobertura, la atención integral y la protección financiera en salud a toda la población habitante del país durante todas las etapas de su vida, por su condición de ciudadano, ciudadana, habitante o residente reconocido por el Estado colombiano;

b) **Solidaridad.** Es la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades para garantizar el acceso universal y equitativo a los establecimientos, bienes y servicios de salud que se requieren según las necesidades en salud;

c) **Eficiencia.** Es el mejor uso de los recursos disponibles para obtener la mejor calidad y la mayor eficacia en salud con el conocimiento disponible, tanto en el ámbito individual como poblacional;

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

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

f) **Prevalencia de Derechos.** Los derechos de los niños, niñas y adolescentes son prevalentes en materia de salud y, junto con las personas mayores, las mujeres gestantes y la población en situación de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado;

g) **Enfoque diferencial.** Es el conjunto de acciones de discriminación positiva que permite reconocer las diferencias y superar las exclusiones o desigualdades injustas en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud, según género, etnia, generación, situación de discapacidad y desplazamiento forzado;

h) **Equidad.** Es la combinación del esfuerzo individual y colectivo según la capacidad, con la respuesta social e institucional según la necesidad, para la superación de las desigualdades injustas y evitables en salud;

i) **Calidad.** Es el conjunto de características de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen a la vida sana y a la atención integral suficiente, oportuna, segura y pertinente de las enfermedades, valoradas como las mejores en cada momento y contexto, según el conocimiento socialmente disponible. La calidad implica que el personal de la salud sea competente y que se evalúen los establecimientos, servicios y tecnologías ofrecidos;

j) **Interculturalidad.** Es el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en salud, para buscar el diálogo de saberes e integrar las prácticas, conocimientos, usos y costumbres ancestrales, tradicionales, alternativos y científico-técnicos, con el fin de responder a las necesidades diferenciales de las personas y las comunidades;

k) **Participación social.** Es la intervención real y efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión, en la vigilancia y el control social de los recursos disponibles y los establecimientos de salud, así como de las instancias de formulación, implantación y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud de la población;

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

m) **Libre escogencia.** Es la posibilidad otorgada al ciudadano o ciudadana de optar por un profesional, un establecimiento, bien o servicio de salud que se requiera con necesidad, de la manera más informada posible sobre las alternativas disponibles y cuando sus condiciones físicas y mentales así lo permitan;

n) **Sostenibilidad.** Es la permanencia en el tiempo de la mayor eficacia del Sistema a partir de la adecuada disposición de los recursos necesarios por parte del Estado, con el reconocimiento social y la legitimidad política requeridos para obtener el esfuerzo de la sociedad en su conjunto;

o) **Transparencia.** Es la probidad, visibilidad y claridad de las actuaciones y en el manejo de los recursos públicos por parte de los actores que participan en la garantía del derecho a la atención integral en salud;

p) **Descentralización administrativa.** El Sistema se organiza de manera descentralizada administrativamente, por mandato de la ley y de él harán parte las entidades territoriales;

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

r) **Responsabilidad social.** Las personas naturales y jurídicas de carácter privado o público tienen responsabilidad derivada de sus actos cuando estos

afecten la salud o las condiciones de vida de otras personas o comunidades o como resultado de la actividad productiva a la cual se dediquen. El Sistema promoverá el cumplimiento del deber de toda persona de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad;

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

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

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

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

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

x) **Pro homine.** Es la prevalencia que se le da al bienestar y a la dignidad de los seres humanos por sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad;

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

Puesta a votación, la proposición al **artículo 5º**, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, esta fue **negada**, con ocho (8) votos en **contra** y dos (2) votos a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo y Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

A continuación se sometió a consideración la proposición al artículo 5°, presentada por la honorable Senadora *Gilma Jiménez Gómez*, quien la sustentó.

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* explicó que de la proposición presentada por la Senadora *Gilma Jiménez Gómez*, pese a que presentó proposición modificativa al literal f) y g), **se acoja y vote favorablemente solo en f)**, ya que el literal g), lo recogen y amplían en la proposición presentada por él y por el honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda Tarazona*.

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

Puesta a votación la proposición leída al **artículo 5°**, presentada por la honorable Senadora *Gilma Jiménez Gómez*, **solamente con respecto a la propuesta de modificación al literal f), como antes se explicó**, esta fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Enseguida se da lectura al literal g) y n), de la proposición presentada por el Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y el honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda*, suscrita por el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz* y avalada por el Gobierno, así:

“g) Protección especial a niños y niñas. El Sistema establece medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial a las niñas y los niños. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a esta población”.

Sometido a votación la proposición modificativa al literal g), del artículo 5°, esta fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Se da lectura, a continuación, a la proposición presentada al literal n), del artículo 5°, por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz* y avalada por el Gobierno, así:

“n) Sostenibilidad. El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, siguiendo criterios para su flujo efectivo”.

Sometida a votación la proposición modificativa al literal n), del artículo 5°, esta fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Finalmente, se sometió a discusión el **artículo 5°**, de Ponencia Mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, incluyendo las modificaciones previamente aprobadas a los literales f), g) y n), así: **Artículo 5°**, este fue **aprobado**, con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 5° aprobado, quedó de la siguiente manera:

“Artículo 5°. Principios del Sistema. El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

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

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

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

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

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

cc) **Obligatoriedad.** Todos los habitantes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;

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

ee) **Sujetos especiales de protección. El Sistema establecerá medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial a las niñas,**

niños, adolescentes, mujeres embarazadas, desplazados, víctimas del conflicto armado, discapacitados y adultos mayores. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a esta población:

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

gg) **Equidad.** El Sistema garantiza el acceso a la prestación de los servicios a toda la población, independientemente de su capacidad de pago y de sus condiciones particulares;

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

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

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

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

ll) **Sostenibilidad. El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, siguiendo criterios para su flujo efectivo:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Continuando con el artículo 9º, el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, explicó que presentó dos proposiciones: Una sustitutiva de la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y otra modificativa presentada por él y por *Édinson Delgado Ruiz*, suscrita además por los honorables Senadores *Guillermo Antonio Santos Marín*, *Teresita García Romero* y *Astrid Sánchez Montes de Occa*. Recomendó votar negativamente la proposición sustitutiva presentada al artículo 9º, por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

“**Artículo 9°. Estrategia de Atención Primaria en Salud.** Las Unidades Territoriales de Salud deberán organizar la prestación de servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la cual articulará los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal, junto con la participación de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención y la afectación de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, en sus territorios sociales. La APS será la puerta de entrada al sistema de servicios de salud y garantizará alta capacidad resolutoria de servicios interdisciplinarios con enfoque familiar, comunitario, laboral y territorial.

La APS busca el máximo grado de accesibilidad y disponibilidad del derecho a la salud, así como prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población bajo su responsabilidad. Incluye la identificación de las necesidades en salud y condiciones de vida saludables, de los perfiles epidemiológicos de la población, la inducción y la adecuada canalización de la demanda, para una mejor oportunidad, continuidad y eficacia de la atención, en la detección temprana, resolución y manejo integral de los problemas de salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

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

Puesta a votación esta proposición leída, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* al **artículo 9°, esta fue negada**, con ocho (08) votos en **contra** y un (01) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

Enseguida, se sometió a consideración la proposición modificativa al artículo 9°, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Édinson Delgado Ruiz*, suscrita además por los honorables Senadores *Guillermo Antonio Santos Marín, Teresita García Romero y Astrid Sánchez Montes de Occa*. El Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*, hizo la siguiente lectura:

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

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

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

Sometida a votación la proposición modificativa al **artículo 9° ya leída**, esta fue **aprobada**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia el artículo 9°, quedó aprobado tal cual según la Proposición modificativa ya leída. El honorable Senador *Gabriel Zapata Correa*, solicitó que quede como constancia, para segundo debate, el tema propuesto por el honorable Senador *Luis Carlos Avellaneda*, sobre áreas de gestión sanitaria.

Enseguida, el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, manifiesta que el **artículo 14**, tuvo dos (02) proposiciones: una, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y otra presentada por él y por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*.

La Secretaria dio lectura a la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

Artículo 14. Para desarrollar el objeto, el Fondo Único Público para la Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Propiciar la solidaridad plena entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos, para lograr universalidad y equidad en el acceso oportuno a servicios de igual calidad para toda la población;
- b) Favorecer, mediante la asociación de los recursos, la reducción de las inequidades prevalentes en materia de salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito;
- c) Propiciar la asignación, transferencia y gasto equitativo de los recursos por territorios de salud, y a partir de estos, por microterritorios y otras subdivisiones territoriales;
- d) Integrar los recursos públicos disponibles para garantizar la seguridad social en salud;
- e) Conformar una Central Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente ley;
- f) Generar fluidez en el flujo de recursos de la nación hacia los territorios de salud para la provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos que se requieren con necesidad;
- g) Garantizar efectividad en el uso de los recursos destinados a la salud.

Parágrafo 1°. El Fondo Único Público para la Salud no hará parte del presupuesto de la nación, pero sí de la contabilidad del gasto público, respetando el criterio definido en el artículo 350 de la Constitución Política de no disminuir su proporción porcentual con relación al año anterior respecto del gasto total de la correspondiente ley de apropiaciones, y responderá a los organismos de control. El Gobierno Nacional reglamentará el esquema de inversiones de

los recursos del Fondo, bajo los criterios de transparencia, disponibilidad y seguridad, sin priorizar los títulos valor de largo plazo.

Parágrafo 2°. El funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud será presupuestado y financiado con un porcentaje de los recursos fiscales y parafiscales recaudados para la prestación de servicios de salud que no excederá de cero punto tres por ciento (0.3%), el cual será definido anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

Puesta a votación la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, al **artículo 14**, esta fue **negada**, con nueve (09) votos en **contra** y ninguno a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlósama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Édinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes de Occa Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*.

Enseguida se sometió a consideración la proposición modificativa supresiva presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Guillermo Antonio Santos Marín*, en el sentido de eliminar una parte del parágrafo 1°, del **artículo 14**, así:

“Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará el cobro coactivo derivado del no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas obligadas. ~~Para apoyar en la gestión del recaudo de las cotizaciones Salud-Mía podrá reportar a los deudores del Sistema General de Seguridad Social en salud a las centrales de riesgos comercial y financiero.”~~

Sometida a votación la proposición modificativa supresiva, leída por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, al parágrafo 1° del **artículo 14**, esta fue **aprobada**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlósama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Édinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes de Occa Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*.

Finalmente, fue puesto a consideración y votación el resto del **artículo 14**, de la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, teniendo en cuenta la supresión al parágrafo 1°, ya aprobado. Con estas observaciones el **artículo 14**, fue **aprobado**, con ocho (08) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (08) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlósama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Édinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes de Occa Astrid* y *Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 14, quedó aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 14. Funciones de la unidad de gestión. Para desarrollar el objeto, la unidad de gestión tendrá las siguientes funciones:

j) Administrar el registro de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los habitantes del territorio colombiano;

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

l) Administrar los recursos del Sistema;

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

n) Ordenar el pago, efectuar los giros directos en nombre de los Gestores de Servicios de Salud o las Entidades Territoriales y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.

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

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

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

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

Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional reglamentará el cobro coactivo derivado del no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas obligadas.

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

El **artículo 16**, tuvo tres (03) proposiciones: Una sustitutiva de la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, otra firmada por los honorables Senadores: *Antonio José Correa Jiménez*, *Gabriel Zapata Correa*, *Astrid Sánchez Montes de Occa* y *Teresita García Romero*. Finalmente una tercera proposición presentada por la honorable Senadora *Claudia Jeaneth Wilches Sarmiento*.

Se dio inicio con la lectura al **artículo 16**, presentado por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

“Artículo 16. Fuentes de financiación del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud será constituido con las siguientes fuentes de recursos:

1. Recursos fiscales del orden nacional:

a) Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) definidos como participaciones para salud, agua potable y saneamiento básico, según lo establecido en las Leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007, asignados mediante cuentas específicas a los entes territoriales;

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

c) Los recursos de una partida anual del presupuesto nacional equivalente a la sumatoria del monto total de las cotizaciones aportadas por patronos y trabajadores dependientes provenientes de la cotización para la seguridad social en salud recaudadas en el año inmediatamente anterior;

d) La proporción del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) con destinación específica para la seguridad social en salud, establecido en el artículo 24 de la Ley 1607 de 2012;

e) Los recursos provenientes del 7% de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos;

f) Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad valorem* con una tasa del 30%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado.

2. Recursos parafiscales del orden nacional:

a) Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 12,5% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por más de diez (10) salarios mínimos mensuales, en proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador;

b) Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 4% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por menos de diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes;

c) Los recursos provenientes de la cotización para seguridad social en salud correspondiente al 4% de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes superiores a un (1) salario mínimo mensual vigente;

d) Los recursos provenientes de la cotización para seguridad social en salud correspondiente al 4% de las pensiones de los pensionados mayores a diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes;

e) Los recursos provenientes de la cotización obligatoria para riesgos laborales de los empresarios y trabajadores, establecidos en la Ley 1562 de 2011;

f) El dos por ciento (2%) del aporte a las cajas de compensación familiar;

g) Los recursos que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) aporta al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (Fonsat) para el cubrimiento de la atención por accidentes de tránsito, en la proporción establecida en la normatividad correspondiente;

h) Los rendimientos financieros”.

Sometida a votación la proposición sustitutiva al **artículo 16**, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, esta fue **negada**, con ocho (08) votos en **contra** y un (01) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz*

Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

Enseguida se sometió a consideración la segunda proposición al **artículo 16**, presentada por los honorables Senadores: *Antonio José Correa Jiménez, Gabriel Zapata Correa, Astrid Sánchez Montes de Occa y Teresita García Romero*. Se le dio lectura así:

Modifíquese el literal c) del artículo 16, el cual quedará así:

“c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de Salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Las cotizaciones autoliquidadas por medio de la planilla integrada de liquidación de aportes se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella, quien podrá contratar los servicios financieros y de información que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

El Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, solicitó se deje como constancia para ser analizado y profundizado para segundo debate, con lo cual estuvo de acuerdo el señor Ministro de Salud, doctor *Alejandro Gaviria*. El honorable Senador *Gabriel Zapata Correa*, y los demás firmantes de la proposición en comento, accedieron a la respetuosa solicitud del honorable Senador Santos Marín y accedieron al retiro propuesto.

Enseguida se pone en consideración la proposición al **artículo 16**, presentada por la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*. Se le dio la siguiente lectura:

“Artículo 16. Recursos que recaudará y administrará la unidad de gestión.

Parágrafo 1°. Los recursos a que hacen referencia los literales a), b) y m) se manejarán en cuentas individuales a nombre de las Entidades Territoriales. **Estos recursos deberán tener destinación directa al sistema General de Seguridad Social en Salud y los entes territoriales demostrarán su destinación ante las entidades correspondientes”.**

Puesta a votación la proposición al **parágrafo 1° del artículo 16**, presentada por la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches*, esta fue **negada**, con ocho (08) votos en **contra** y un (01) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

Luego de varias apreciaciones sobre el tema de recaudos y los diferentes operadores, entre otros temas, se dejan como constancias las diferentes apreciaciones para que se mejore la redacción en segundo debate, lo cual es avalado por el Ministro de Salud, doctor *Alejandro Gaviria*.

Finalmente, se pone en consideración el artículo 16, de la ponencia mayoritaria publicada en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, al **artículo 16**, este fue **aprobado**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

En consecuencia, el artículo 16, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

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

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

s) Las cotizaciones de los afiliados al régimen de excepción con vinculación laboral adicional, sobre la cual estén obligados a contribuir al Sistema General de Seguridad Social en Salud;

t) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales;

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

v) Los recursos del impuesto sobre la renta para la equidad (CREE) que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012, los cuales serán transferidos a Salud-Mía, entendiéndose así ejecutados;

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

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

y) Los recursos del Fonsat, creado por el Decreto-ley 1032 de 1991, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 Decreto-ley 019 de 2012 destinado a financiar la cobertura del SOAT;

z) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito (SOAT), que se cobrará en adición a ella;

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

bb) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda de los departamentos y el distrito capital. Estos recursos serán girados desde el generador directamente a la entidad. La Entidad Territorial titular de los recursos verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;

cc) Los rendimientos financieros que se generen por la administración de los recursos a que se refiere el presente artículo;

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

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

Parágrafo 2°. Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse, sin situación de fondos, en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso.

Parágrafo 3°. Los recursos del Presupuesto General de la Nación que se destinen al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud se presupuestarán como transferencias las cuales se entenderán ejecutadas con su giro a Salud-Mía.

Parágrafo 4°. Los recursos de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los recursos del subsidio familiar, no hacen parte del Presupuesto General de la Nación”.

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* explicó que frente al artículo 17, existían tres (03) proposiciones: Una sustitutiva, de la doctora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, otra proposición presentada por el honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*. Y una tercera, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Édinson Delgado Ruiz*, avalada por el Gobierno; estas dos últimas fueron fusionadas en una sola.

La Secretaría dio lectura a la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

“Artículo 17. Distribución de los recursos en las subcuentas del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud hará la distribución de los recursos disponibles a cada una de las subcuentas que lo constituyen con base en el criterio de buscar la universalidad de la atención integral en salud, considerando las necesidades y especificidades detectadas en los territorios de salud. Tomando como punto de partida el gasto en salud por niveles de atención y en acciones colectivas, en el periodo de transición de dos primeros años de vigencia de la presente ley el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud distribuirá los recursos con las siguientes proporciones:

- a) Cuenta Atención Primaria Integral en Salud (APIS): 45%
- b) Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE): 30%
- c) Cuenta Servicios Especializados de Salud Ocupacional (SESO): 8%
- d) Cuenta Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): 5%
- e) Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Profesionales (PRES): 7%
- f) Cuenta de Infraestructura y Equipamiento en Salud (IES): 4%
- g) Cuenta de Formación en Salud (FS): 0,7%
- h) Cuenta de Funcionamiento del Fondo (FF): 0,3%

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social hará los estudios de costos que permitan ajustar semestralmente las proporciones de la asignación de los recursos a las cuentas, las cuales serán aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 2°. Con el fin de dar una adecuada respuesta a las enfermedades huérfanas y olvidadas, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará una política pública específica, con base en propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, orientada por la garantía del derecho fundamental a la salud de las poblaciones afectadas por este tipo de enfermedades, sin relación expresa a la capacidad de pago de las personas o las familias, que incluya la articulación con el Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, para el desarrollo de nuevos conocimientos sobre el diagnóstico, prevención y tratamiento de las mismas”.

Puesta a consideración y votación la proposición sustitutiva al **artículo 17**, de la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, esta fue **negada**, con ocho (08) votos en **contra** y ningún voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (08) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, explicó que hay otra proposición presentada por el honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, que adiciona un literal así:

“n) Pago por la prestación de servicios de salud, que en los casos que corresponda se hará directamente al prestador de servicios de salud”.

La tercera proposición al **artículo 17**, es del Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, donde solicita eliminar al parágrafo 2°, el inciso final del mismo, (el parágrafo 3°, queda tal cual está en la ponencia mayoritaria), así:

“Parágrafo 2°. El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud con los recursos administrados por Salud-Mía. Dichos gestores recibirán una contraprestación económica por su gestión administrativa, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

En conclusión, el artículo quedó tal como venía el proyecto original, con las siguientes modificaciones.

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

n) Pago por la prestación de servicios de salud, que en los casos que corresponda se hará directamente al prestador de servicios de salud”.

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

Puesto a votación el **artículo 17**, de la ponencia mayoritaria, con la modificación a los literales i), n) y la supresión del inciso final al parágrafo 2°, (el parágrafo 3° quedó igual), este artículo fue **aprobado**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 17, quedó aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 17. Destinación de los recursos administrados. Los recursos que administra Salud-Mía se destinarán a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

y) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;

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

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

bb) Pago por la prestación de servicios de salud, que en los casos que corresponda se hará directamente al prestador de servicios de salud.

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

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

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

El **artículo 18**, tuvo tres (03) proposiciones: Una presentada por la honorable *Gloria Inés Ramírez Ríos*, otra presentada por la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento* y, tercera, presentada por los honorables Senadores *Guillermo Antonio Santos Marín* y *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*. Estas dos últimas proposiciones fueron fusionadas en una sola, que quedó suscrita por los honorables Senadores *Édinson Delgado Ruiz* y *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, con aval del Gobierno.

Se da lectura a la proposición sustitutiva de la Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*.

“Artículo 18. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es la instancia rectora del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con las siguientes características:

a) **Composición.** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará conformado por 32 miembros de la siguiente manera:

i) Cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el Ministro de Hacienda o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; el Director de Planeación Nacional o su delegado; el Director del Fondo Único Público para la Salud;

ii) Dos (2) representantes de las administradoras de fondos territoriales de seguridad social en salud;

iii) Dos (2) representantes del sector empresarial, uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones;

iv) Dos (2) representantes de las centrales obreras;

v) Siete (7) representantes de las organizaciones de usuarios, uno por cada región sociocultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia);

vi) Dos (2) representantes de comunidades étnicas, de los cuales, uno (1) de los pueblos indígenas y uno (1) de comunidades afrocolombianas;

vii) Una (1) representante de las organizaciones de mujeres;

viii) Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad;

ix) Un (1) representante de las organizaciones campesinas;

x) Dos (2) representantes de las asociaciones de prestadores de servicios de salud, uno estatal y uno privado;

xi) Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina;

xii) Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana;

xiii) Un (1) representante de otras asociaciones médicas gremiales;

xiv) Dos (2) representantes de las organizaciones de los trabajadores de la salud, uno profesional no médico y otro no profesional;

xv) Un (1) representante de los pensionados;

xvi) Un (1) representante de las facultades del área de la Salud.

b) **Elección de los miembros no gubernamentales.** Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por las organizaciones correspondientes, mediante procesos democráticos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia e imparcialidad;

c) **Invitados.** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará en libertad de invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere convenientes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión;

d) **Período.** Los representantes del Gobierno Nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un periodo de tres años prorrogables por un periodo;

e) **Secretaría técnica.** La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo técnico, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, con presupuesto propio, a partir de convocatoria pública de méritos, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

f) **Presupuesto de funcionamiento.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento aprobado por el mismo Consejo;

g) **Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.** Los consejos territoriales tendrán una composición similar a la del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio de salud correspondiente, y cumplirán funciones similares en el territorio de su competencia, siempre en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de seguridad social en salud. El Gobierno Nacional reglamentará esta materia.

Parágrafo. Los consejos territoriales de seguridad social en salud ejercerán funciones de adecuación de la política emanada del Consejo Nacional a través de mecanismos de coordinación, seguimiento y veeduría del buen funcionamiento y uso de los recursos disponibles en el territorio para la seguridad social en salud”.

Puesta a votación la proposición sustitutiva al **artículo 18**, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, esta fue **negada**, con nueve (09) votos en **contra** y ningún voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*; *Carlosama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Édinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes de Occa Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*.

Enseguida se sometió a discusión y votación la proposición modificativa, mayoritaria, al **artículo 18**, avalada por el Gobierno, que incluye la proposición de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, sobre el tema Órgano de Dirección y Administración de Salud Mía. El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*, hizo la lectura así:

“**Artículo 18.** Órgano de dirección y administración. La entidad tendrá una Junta Directiva que ejercerá las funciones que le señalen los estatutos. La Junta estará conformada por nueve (09), miembros, el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público, dos (2) representantes del Presidente de la República, el Director General del Departamento Nacional de Planeación, un (1) representante de los gobernadores elegido a través de la Federación Nacional de Departamentos y dos (2) representantes de los Alcaldes elegido uno (1) por las ciudades capitales y uno (1) por demás municipios y uno (1) representante de los usuarios designados por las asociaciones de usuarios”.

Puesta a votación la proposición mayoritaria leída, al **artículo 18**, esta fue **aprobada**, con ocho (08) votos a favor y un (01) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*; *Carlosama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Édinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes de Occa Astrid* y *Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Santos Marín Guillermo Antonio*.

En consecuencia, el artículo 18, quedó aprobado de la siguiente manera:

“**Artículo 18.** Órgano de dirección y administración. La entidad tendrá una Junta Directiva que ejercerá las funciones que le señalen los estatutos. La Junta estará conformada por nueve (9), miembros, el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público, dos (2) representantes del Presidente de la República, el Director General del Departamento Nacional de Planeación, un (1) representante de los gobernadores elegido a través de la Federación Nacional de

Departamentos y dos (2) representantes de los Alcaldes elegido uno (1) por las ciudades capitales y uno (1) por demás municipios y uno (1) representante de los usuarios designados por las asociaciones de usuarios. La administración de la entidad estará a cargo de un Presidente, el cual será de libre nombramiento y remoción del Presidente de la República.

Parágrafo. La junta podrá invitar cuando el tema lo amerite, a los actores más representativos del Sistema de Seguridad Social en Salud, quienes tendrán voz pero no voto”.

El **Artículo 26**, presentó tres (03) proposiciones, que fueron fusionadas por la comisión accidental:

Una, presentada por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*, que tiene que ver con el párrafo 2° y 3°. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

“**Parágrafo 2°.** En los servicios de salud primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del régimen subsidiado, y **a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.** En los servicios de salud complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, lo cual no será barrera o límite para su debida atención”.

Esta proposición fue suscrita por los honorables Senadores: *Édinson Delgado Ruiz*, *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Astrid Sánchez Montes de Occa*.

Puesta a votación la proposición modificativa, ya leída, al **parágrafo 2°**, del **artículo 26**, esta fue **aprobada**, con nueve (09) votos en a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*; *Carlosama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Édinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes de Occa Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*.

Se sometió a continuación la proposición al párrafo 3°, presentada por los honorables Senadores *Édinson Delgado Ruiz*, *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Astrid Sánchez Montes de Occa*; esta lleva inmersa una proposición de la honorable Senadora *Gilma Jiménez Gómez*, quien estuvo de acuerdo con tal decisión. Se da la siguiente lectura, así:

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

Puesta a votación la proposición aditiva al **artículo 26**, (párrafo 3°, ya leído), este fue **aprobado**, con ocho (08) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (08) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*; *Carlosama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Édinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gó-*

mez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.

Finalmente, se puso a consideración el **artículo 26**, de la ponencia mayoritaria, con las proposiciones aprobadas (párrafo 2° y 3°), así:

Artículo 26, este fue **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

En consecuencia, el artículo 26, quedó aprobado de la siguiente manera:

Artículo 26. Prestadores de Servicios de Salud.

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

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

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

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

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

Parágrafo 2°. En los servicios de salud primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del régimen subsidiado, y **a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.** En los servicios de salud complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, lo cual no será barrera o límite para su debida atención.

Parágrafo 3°. **Todos los prestadores de servicios de salud que ofrezcan atención de emergencia o electiva de cualquier tipo dispuestos para las**

niñas, niños y adolescentes, deberán contar con servicios diferenciados de acuerdo con su nivel de complejidad.

En relación al **artículo 30**, este tuvo dos (2) proposiciones: una presentada por los honorables Senadores *Astrid Sánchez Montes de Occa, Edinson Delgado Ruiz, Germán Bernardo Carlosama López y Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, con aval del Gobierno. Se le da lectura así:

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

Puesta a votación la proposición leída, en donde se adiciona un párrafo al final del inciso primero al **artículo 30**, esta fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

Enseguida, se puso a consideración la proposición de la Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, al inciso segundo del artículo 30. La secretaría le da lectura así:

“Artículo 30. Áreas de Gestión Sanitaria Especial. En aquellas zonas en las cuales, por su baja (...). “Los servicios de salud en estas áreas serán prestados **por un único Operador de Servicios de Salud por gestores de servicios de salud** con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo por salud mía. Definida un área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor del servicio de salud el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las entidades promotoras de salud o gestores de servicios de salud”...

El cual quedará así:

Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por gestores de Servicios de Salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo por salud mía. Definida un área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor del servicio de salud el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará di-

rectamente los afiliados de las entidades promotoras de salud o gestores de servicios de salud”.

Puesta a votación la proposición al **artículo 30**, presentado por la honorable Senadora *Claudia Jeaneth Wilches*, esta fue **negada**, con nueve (9) votos en **contra** y ningún voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*, indicó que otras dos (2) proposiciones ya quedaron inmersas en la proposición ya aprobada al artículo 30, por lo que solicitó su retiro, lo cual así sucede, según lo explicó la honorable Senadora *Astrid Sánchez Montes de Occa*.

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*, aclaró que el artículo quedó con la proposición ya aprobada al inciso primero, el inciso segundo queda y el párrafo queda como venía en la ponencia. La Secretaría explica que la votación pendiente es del párrafo del artículo 30, de la mayoritaria, dado que los incisos uno y dos, ya quedaron aprobados.

Puesta a votación el **artículo 30**, (el párrafo) de la ponencia mayoritaria, con lo ya aprobado tal como lo explicó el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, este fue **aprobado**, con nueve (9) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 30, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único Operador de Servicios de Salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo

por Salud-Mía. Definida una Área de Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud o Gestores de Servicios de Salud.

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

El artículo 34, tiene una proposición sustitutiva de la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, por lo que solicita la reapertura del mismo, (ya que este fue aprobado en sesión de junio 11 de 2013, según Acta 31).

Se sometió entonces a consideración y votación la **reapertura** del **artículo 34**, la cual fue **aprobada**, con ocho (8) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

La Secretaría dio lectura a la proposición de la Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

“Artículo 34. Pertinencia médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar un Comité de Pertinencia Médica de composición plural entre las profesiones y las especialidades médicas, relacionados con los servicios ofrecidos y con participación ciudadana, cuya función será ejercer la autorregulación colectiva e institucional de las decisiones médicas y evitar el uso indebido o no justificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos. La unidad territorial de salud del territorio en que estén ubicadas las instituciones establecerá una Junta de Revisión de la Pertinencia Médica con selección aleatoria de casos que permita formular recomendaciones para su mejoramiento.”

Enseguida se sometió a votación la PROPOSICIÓN sustitutiva al **artículo 34**, de la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, esta fue **negada**, con ocho (8) votos en **contra** y un (1) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

Se puso entonces a consideración y votación el **artículo 34**, tal como fue presentado en la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, para ratificar la decisión del once (11) de junio de 2013, siendo **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honora-

bles Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

Se sometió a **reapertura** el **artículo 35**, solicitada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, que había sido aprobado también en sesión del once (11) de junio de 2013, así:

Artículo 35, la reapertura fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

La Secretaría dio lectura a la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

“Artículo 35. Formas de relación entre las unidades territoriales de salud y los prestadores de servicios de salud. Las formas de relación entre las unidades territoriales de salud y las instituciones que conforman las redes de servicios serán de cuatro tipos, según su naturaleza institucional y en atención a un sistema de contabilidad de costos de los bienes y servicios de salud:

a) Presupuestos anuales para el cubrimiento de la planta de personal de cada uno de los centros y hospitales públicos del territorio de salud, según su complejidad tecnológica y el régimen laboral que se establezca.

b) Formas de pago complementarias a los centros y hospitales públicos por servicios integrados que estimulen la calidad de la atención, la accesibilidad, la oportunidad, la aceptabilidad de los servicios de salud, el logro de metas y resultados en salud, la superación de inequidades en salud de la población y el desarrollo del modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria integral en salud (APIS).

c) Formas de contratación de servicios integrados con prestadores privados, según las necesidades de la población en el territorio correspondiente.

d) Formas de pago específicas para servicios prestados en otros territorios de la geografía nacional.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definirá el sistema de contabilidad de costos, las formas de contratación y pago a los proveedores directos de servicios y el sistema tarifario, con base en propuestas técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con la participación de los prestadores, los trabajadores y los profesionales de la salud, con especial atención a la protección de la red hospitalaria pública”.

Se sometió a consideración y votación la PROPOSICIÓN al **artículo 35**, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*; esta fue **negada**, con ocho (8) votos en **contra** y un (1) voto

a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

Enseguida se puso a consideración el **artículo 35**, tal como venía en la ponencia mayoritaria, siendo **aprobado**, con ocho (8) votos a favor y un (01) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*. Se ratificó la aprobación de este artículo, que ya había sido aprobado el día once (11) de junio de 2013.

Antes de continuar con la discusión y votación del articulado, se declaró **sesión permanente**, la cual fue **aprobada** con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Frente al **artículo 41**, explicó el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, hubo dos (2) proposiciones: una presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín* y, otra, radicada por él, que ya quedó inmersa en la que traen avalada por el Gobierno y suscrita adicionalmente por los honorables Senadores: *Astrid Sánchez Montes de Occa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Edison Delgado Ruiz*, en el sentido de adicionar un párrafo, así:

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

Sometido a votación el párrafo propuesto al **artículo 41**, este fue **aprobado**, con nueve (9) votos a favor y ninguno en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Enseguida se sometió a consideración la proposición presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*. El Senador *Jorge Eliécer Ba-*

llesteros Bernier, explica que son dos párrafos y que el resto del artículo queda igual. Se le dio la siguiente lectura:

“Cuando un gestor de servicios de salud no cumpla con una o varias de las metas planteadas por el Ministerio de Salud en relación con sus indicadores de desempeño, no tendrá derecho a percibir el saldo por excedentes de que trata el artículo 40 de la presente ley y se castigarán los recursos que van a su reserva en Salud-Mía.

La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo, debe ser suministrada por los Gestores de Servicios de Salud. La falta de veracidad, oportunidad, suficiencia o claridad en los mismos será sancionado conforme los literales b), c), d), e) y f) del artículo 74 de la presente ley, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarias y penales a que haya lugar”.

Sometida a votación la proposición de adición de los dos (2) incisos, al **artículo 41**, presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, esta fue **aprobada**, con nueve (9) votos a **favor** y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Finalmente, sometido a votación el **artículo 41**, tal como fue presentado en la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, con las adiciones ya aprobadas, este fue **aprobado**, con nueve (9) votos a **favor** y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 41, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

Para efectos de la relación entre Salud Mía y los Gestores de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología y el conjunto de indicadores de desempeño de los Gestores de Servicios de Salud y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos indicadores como mínimo deberán enfocarse en: el logro de metas o resultados esperados en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de

interés en salud pública; el mejoramiento de calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos. El nivel de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud **afectará** el valor total proveniente del per cápita asignando para las prestaciones individuales de Mi-Plan, así como los excedentes al final de la vigencia o su reserva. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.

Cuando un gestor de servicios de salud no cumpla con una o varias de las metas planteadas por el Ministerio de Salud en relación con sus indicadores de desempeño, no tendrá derecho a percibir el saldo por excedentes de que trata el artículo 40 de la presente ley y se castigarán los recursos que van a su reserva en Salud-Mía.

La información relativa a los indicadores y demás necesaria para lo dispuesto en el presente artículo, debe ser suministrada por los Gestores de Servicios de Salud. La falta de veracidad, oportunidad, suficiencia o claridad en los mismos será sancionado conforme los literales b), c), d), e) y f) del artículo 74 de la presente ley, sin perjuicio de las acciones fiscales, disciplinarias y penales a que haya lugar.

En cuanto a la relación entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, estos podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos **suje-tos a** la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Enseguida se continuó con el **artículo 45**, el cual tuvo tres (3) proposiciones: una, del honorable senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, otra de la honorable Senadora *Astrid Sánchez Montes De Occa* y la última presentada por el honorable Senador *Germán Carlosama López*. Estas dos (2) últimas quedaron inmersas en el siguiente párrafo del artículo original, que quedaría como tercer inciso del artículo 45, el cual tuvo aval del Gobierno, así:

“Como mínimo se destinará el 10% de los cupos residentes que ofrecen las universidades para minorías étnicas. En caso de que no se presenten soluciones de estos cupos, las universidades podrán disponer de los mismos, dentro de su autonomía universitaria. La pertinencia a las respectivas minorías deberán ser certificadas por sus respectivos consejos comunitarios y organizaciones de comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y para el caso de comunidades indígenas y rom de sus respectivas autoridades”.

Puesto a consideración la proposición leída, al **artículo 45**, esta fue **aprobada**, con diez (10) votos a **favor** y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez*

Gilma, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.

Enseguida se puso a consideración la proposición aditiva del honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, que adiciona un inciso al artículo 45, así:

“Los hospitales universitarios y clínicas que se encuentren debidamente acreditados por parte del Ministerio de Salud podrán ofrecer formación de posgrado y titular a sus estudiantes en las áreas de las ciencias de la salud que determine el Gobierno Nacional”.

Proposición artículo 45, honorable Senador Guillermo Antonio Santos Marín: Este artículo fue aprobado, con diez (10) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

Enseguida se puso en consideración el artículo 45, de la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, con las modificaciones ya aprobadas previamente, este fue aprobado, con nueve (9) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron afirmativamente fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

En consecuencia, el artículo 45, quedó aprobado así:

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

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

Como mínimo se destinará el 10% de los cupos residentes que ofrecen las Universidades para minorías étnicas. En caso de que no se presenten solicitudes de estos cupos, las Universidades podrán disponer de los mismos, dentro de su autonomía universitaria. La pertinencia a las respectivas minorías deberán ser certificadas por sus respectivos consejos comunitarios y organizaciones de comunidades negras, afrocolombianas, raizales,

palenqueras y para el caso de comunidades indígenas y rom de sus respectivas autoridades.

Las Instituciones de Educación Superior debidamente reconocidas y las instituciones autorizadas en los términos del artículo 137 de la Ley 30 de 1992 que cuenten con acreditación de alta calidad o con programa de pregrado en medicina con acreditación de alta calidad, podrán aumentar los cupos de admisión en los programas de especializaciones médicas sin autorización previa del Ministerio de Educación Nacional. De lo anterior, se debe informar con anterioridad a la implementación de la modificación a los Ministerios de Educación Nacional y Salud y Protección Social. El Ministerio de Educación Nacional podrá adelantar en cualquier momento la verificación de las condiciones de calidad de los programas académicos.

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

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

Los hospitales universitarios y clínicas que se encuentren debidamente acreditados por parte del Ministerio de Salud podrán ofrecer formación de posgrado y titular a sus estudiantes en las áreas de las ciencias de la salud que determine el Gobierno Nacional”.

Respecto al artículo 48, tuvo dos (2) proposiciones: una, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y otra de algunos Senadores ya consensuada y avalada por el Gobierno: *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Guillermo Antonio Santos Marín, Astrid Sánchez Montes De Occa y Edinson Delgado Ruiz.*

Se puso en consideración la proposición sustitutiva presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*. La Secretaría, hizo la siguiente lectura:

“El artículo 48. Hospital universitario quedará así:

“Artículo 48. Hospitales Universitarios. El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que mediante uno o más convenios docencia – servicio, funciona como centro especial médico – científico para la formación de talento humano en programas de pregrado y posgrado del área de la salud; adelanta trabajos de investigación en este campo; desarrolla programas de fomento de la salud y medicina preventiva; y presta, con preferencia, servicios médico–asistenciales a las personas carentes de recursos económicos en los distintos niveles de atención y estratificación.

En su misión, el hospital universitario deberá estar comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, específicamente con la formación, investigación y extensión.

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

a) Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mantener esta condición durante la ejecución de los convenios de docencia – servicio;

b) Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia- servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados en los términos de la presente ley;

c) Disponer de una capacidad instalada, recurso humano especializado y una tecnología acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos establecidos en la formación de talento humano en salud de pregrado y posgrado;

d) Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes de pregrado y posgrado, mínimo con las especialidades médicas básicas y las que correspondan a las prioridades de salud pública del país;

e) Actuar como centro de referencia para redes de servicios nacionales, departamentales, distritales y municipales;

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

g) 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.

h) Disponer de espacios y herramientas adecuados para la docencia y la enseñanza, como centros de consulta, que correspondan a sus objetivos de formación y al número de estudiantes.

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

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

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 1°. Los Hospitales Universitarios Públicos deberán contribuir en la socialización de los avances médico – científicos que ellos generen a las redes de salud pública del país. El Ministerio de Salud tendrá a cargo la difusión periódica de estos conocimientos.

Parágrafo 2°. Autorícese y ordénese al Ministerio de Salud y Protección Social garantizar el fondo de recursos provenientes del Sistema General de Participaciones y otros, con destino a la ejecución de medidas de saneamiento fiscal y financiero de los pasivos propios de atención en salud a población pobre no vinculada a cargo de las instituciones públicas prestadoras de servicios en salud en el orden territorial y pertenecientes a la Red Pública Hospitalaria

y que cumplan con los parámetros de la ley para el caso de los Hospitales Universitarios.

Las instituciones públicas objeto de estos procesos de saneamiento fiscal y que cumplan con los requisitos legales para el caso de los Hospitales Universitarios no serán objeto de lo señalado en lo pertinente a las facultades y procedimientos de intervención con fines liquidatorios por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En todos los casos se preservará su existencia como entidades públicas, su patrimonio y su funcionamiento.

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”.

Puesta a consideración la anterior proposición sustitutiva al **artículo 48**, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, esta fue **negada**, con nueve (9) votos en **contra** y ningún voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

La siguiente proposición que resume o condensa otras presentadas por varios Senadores, y avalada por el Gobierno; esta fue suscrita por *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Guillermo Antonio Santos Marín, Astrid Sánchez Montes De Occa y Edinson Delgado Ruiz.* La Secretaría hizo la siguiente lectura:

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

“El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud reconocida como escenario de práctica **que cumple condiciones especiales en las áreas de docencia, investigación y extensión, para el desarrollo de programas de formación superior del área de salud de pregrado y posgrado, que le permiten** ofrecer conjuntamente con instituciones de educación superior programas de especializaciones clínicas, en el marco de una relación a largo plazo.

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

El Gobierno Nacional definirá los requisitos mínimos que deberán cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener el reconocimiento como Hospital Universitario, y los criterios para su evaluación, **para lo cual tendrá un término de seis meses a partir de la aprobación de la presente ley.**

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”.

Puesta a consideración y votación la anterior proposición al **artículo 48**, de la ponencia mayoritaria esta fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

El **artículo 74**, tuvo dos (2) proposiciones: Una radicada por la honorable Senadora *Claudia Wilches Sarmiento* y otra presentada por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*. Hizo la siguiente lectura:

La proposición de la Senadora *Claudia Wilches* dice:

“La afectación del derecho fundamental a la salud de los niños, niñas, **mujeres embarazadas y adultos mayores** será causal de agravación de las sanciones”.

Y la proposición del Senador *Jorge Eliécer Ballesteros* suscrita por el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz*, que recoge la de la Senadora *Claudia Wilches*, dice lo siguiente:

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

Sometida a votación la anterior proposición modificativa leída al **artículo 74**, este artículo fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.* La Secretaría confirma que fue aprobado el artículo 74, con las proposiciones aprobadas.

En consecuencia, el artículo 74, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

k) Revocatoria de la habilitación;

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

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

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

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

El **artículo 76**, sobre **Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales**, tuvo dos (2) proposiciones de **eliminación** del mismo: Una, presentada por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y, otra, presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, en el mismo sentido. Tal solicitud, dado que el artículo propone delegar las funciones de la Superintendencia, las cuales son indelegables, las actuales funciones las delegó el Presidente, luego no se puede hacer delegación de delegación. La eliminación ya cuenta con la anuencia del señor Superintendente y del Gobierno.

La eliminación del **artículo 76**, fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.* **En consecuencia el artículo 76, Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales, fue eliminado de la ponencia mayoritaria.**

El **artículo 79**, tuvo dos (2) proposiciones: Una, presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín* y otra del honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*.

Se dio lectura a la proposición presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, así:

“**Artículo 79. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud.** Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán de manera ordenada durante un período de transición de dos años a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Las Entidades Promotoras de Salud que se transformen en Gestores de Servicios de Salud podrán conservar sus afiliados dentro del área donde fueron autorizados para operar previa consulta de cada uno de ellos.

Durante el periodo de transición y **mientras son liquidadas** las Entidades Promotoras de Salud deberán mantener las condiciones de habilitación financiera

relacionadas con el patrimonio y el margen de solvencia que tenían al momento de la entrada en vigencia de la presente ley.

El Gobierno Nacional definirá los procesos que se surtirán durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, hacia los nuevos Gestor de Servicios de Salud.

Es deber del Estado garantizar la prestación de los servicios médicos y tratamientos en curso de los afiliados al Sistema ~~que no haya elegido Gestor de Servicios de Salud~~ mientras se surte el período de transición. Los usuarios del sistema gozarán de plena autonomía para elegir el Gestor de Servicios de Salud que deseen durante el período de transición.

Las EPS, cualquiera que fuera su naturaleza jurídica, y sus socios o asociados, deberán cumplir con los requisitos y calidades que señale el Ministerio de Salud para poder actuar como Gestores de Servicios de Salud.

Las personas naturales que hayan sido condenadas penal, fiscal o disciplinariamente por delitos o conductas que atentarán contra el sistema de salud no podrán constituir, ni hacer parte de juntas directivas o del personal administrativo de las nuevas Gestoras de Servicios de Salud.

Así mismo, aquellas personas que estén incurso en investigaciones de cualquier tipo por los mismos motivos no podrán hacer parte de los gestores de Servicios de Salud hasta tanto no se resuelvan a su favor las mismas”.

Enseguida el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, dio lectura a la proposición presentada por él y por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, así:

“Artículo 79. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud. Las actuales Entidades Promotoras de Salud se liquidarán en un plazo máximo de dos (2) años, de acuerdo con lo señalado en el parágrafo 1° el artículo 31 de la presente ley.

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

Puesta a consideración y votación la proposición leída, al **artículo 79**, presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, esta fue **negada**, con cinco (5) votos en **contra** y tres (3) votos a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (8) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Correa Jiménez Antonio José, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Santos Marín Guillermo Antonio*.

Puesta a consideración y votación la proposición leída, al **artículo 79**, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Guillermo Antonio Santos Marín*, esta fue **negada**,

con cinco (5) votos en **contra** y cuatro (4) votos a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Correa Jiménez Antonio José, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Santos Marín Guillermo Antonio*.

Negadas las dos (2) proposiciones anteriores, se sometió a votación el **artículo 79**, tal como fue presentado en la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, este artículo fue **aprobado**, con cinco (5) votos a **favor** y cuatro (4) votos en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Correa Jiménez Antonio José, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Delgado Ruiz Edinson, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Santos Marín Guillermo Antonio*.

Los honorables Senadores: *Correa Jiménez Antonio José y Sánchez Montes De Occa Astrid*, dieron su voto positivo teniendo en cuenta lo sustentado por el Senador *Guillermo Santos Marín* frente a este tema, en su proposición que ya fue leída y, además, lo sustentado por la *Senadora Astrid Sánchez Montes De Occa*, en el inciso 4°, del artículo 79, donde sugiere que se debe determinar un período o una fecha para proceder a la transición; todo ello, para ser tenido en cuenta en segundo debate.

En consecuencia, el artículo 79, fue aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 79. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán.

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

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

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

(El artículo 79 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo Aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 80).

El artículo 90, correspondiente a las vigencias y derogatorias, tuvo dos (2) proposiciones: Una, presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín* y otra, presentada por los honorables Senadores: *Edinson Delgado Ruíz* y *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*; avalada por el señor Ministro de Salud, doctor *Alejandro Gaviria*. La Secretaría dio lectura a esta última, así:

“Artículo 90. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial el literal b) del artículo 155, los artículos 171, 172 y el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993; el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007; el inciso final del artículo 2° y los artículos 25, 26, 27 y 137 de la Ley 1438 de 2011; y el segundo inciso del artículo 229 del Decreto-ley 019 de 2012.

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

Puesta a consideración la proposición leída, avalada por el Gobierno, al artículo 90, esta fue **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y un (1) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlosama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Edinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes De Occa Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida, la Secretaría dio lectura a la proposición presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, así:

“Artículo 90. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial el literal b) del artículo 15, los artículos 171, 172 de la Ley 100 de 1993; el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007; y los artículos 25, 26, 27 y el 137 de la Ley 1438 de 2011.

Transcurrido el esquema de transición definido en la presente ley, se entienden derogados el literal c) del artículo 155, el artículo 156, el numeral 1) del artículo 161, los artículos 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 205, el numeral 1) del artículo 214, el artículo 215, y el inciso segundo del artículo 217 de la Ley 100 de 1993; el artículo 49 y el inciso número seis del artículo 66 de la Ley 715 de 2001; el literal a) del artículo 13, y los artículos 15, 16 y 19 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 31, 57, 60, 61, 62, 63 y 64 de la Ley 1438 de 2011”.

Finalmente, el Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, retiró su proposición, arriba leída.

En consecuencia el artículo 90, quedó aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 90. Vigencias y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial el literal b) del artículo 155, los artículos 171, 172 y el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993; el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007; el inciso final del artículo 2° y los artículos 25, 26, 27 y 137 de la Ley 1438 de 2011; y el segundo inciso del artículo 229 del Decreto-ley 019 de 2012.

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

(El artículo 90 de la Ponencia Mayoritaria, al reordenarse el articulado del Texto Definitivo Aprobado en Primer Debate, incluyendo los artículos nuevos, pasó a ser el artículo 92).

El artículo 38, sobre Integración Vertical, tuvo dos (2) proposiciones: Una, presentada por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros*, avalada por el Gobierno; otra, presentada por los honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez* y *Gabriel Zapata Correa*. El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, da lectura a la presentada por el Gobierno:

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

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

Parágrafo 2°. Se exceptúa de la presente prohibición cuando se trate de Gestores y Prestadores de Servicios de naturaleza pública y mixta siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50%.”

Se puso entonces en votación la proposición leída, avalada por el Gobierno, al artículo 38, siendo **aprobada**, con nueve (9) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlosama López Germán Bernardo*, *Correa Jiménez Antonio José*, *Delgado Ruiz Edinson*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes De Occa Astrid*, *Santos Marín Guillermo Antonio* y *Zapata Correa Gabriel*.

La Secretaría da lectura a la otra proposición presentada por los honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez* y *Gabriel Zapata Correa*, así:

“Parágrafo 2°. Se exceptúa de la presente prohibición los Gestores y Prestadores de Servicios de naturaleza pública y mixta **y las Cajas de Compensación Familiar”.**

El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, solicita se apruebe “y las Cajas de Compensación Familiar”, y que cualquier modificación necesaria, se hará en plenaria.

La Secretaría hizo la lectura nuevamente, para volver entonces a votar el parágrafo 2°, del artículo 39, e incluir el tema de las Cajas de Compensación familiar.

Parágrafo 2°. Se exceptúa de la presente prohibición cuando se trate de Gestores y Prestadores de Servicios de naturaleza pública y mixta, **siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50% y las Caja de Compensación Familiar.**

Finalmente, se votó esta proposición al parágrafo 2°, del artículo 38, con lo pertinente a “las Cajas de Compensación Familiar”, lo cual fue **aprobado**, con siete (7) votos a favor y dos (2) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid, y Zapata Correa Gabriel*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Carlosama López Germán Bernardo* y *Santos Marín Guillermo Antonio*.

En consecuencia, el artículo 38, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

Parágrafo 2°. Se exceptúa de la presente prohibición cuando se trate de Gestores y Prestadores de Servicios de naturaleza pública y mixta, **siempre y cuando el capital público sea igual o superior al 50% y las Cajas de Compensación Familiar”.**

El artículo 31, que tiene que ver con los Gestores de Servicios de Salud, tuvo nueve (09) proposiciones modificatorias, así:

Una proposición presentada por el honorable Representante *Juan Carlos Martínez*, al inciso 1° del artículo 31, así:

“Artículo 31. Gestores de Servicios de Salud. Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto **o empresas solidarias de salud**, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de operar una Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan”.

El honorable Representante *Juan Carlos Martínez*, la retiró y se adhirió a la avalada por el Gobierno.

El honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, presentó otra proposición, pero también la retiró y se adhirió a la avalada por el Gobierno. El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros* explicó que finalmente quedó la avalada por el Gobierno, firmada además por el honorable Representante *Juan Carlos Martínez*, en donde se adiciona lo siguiente, al inciso 2° del artículo 31, así:

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

El resto del artículo queda tal como fue presentado en la ponencia mayoritaria.

Puesto a consideración y votación el artículo 31, de la ponencia mayoritaria, con las modificaciones propuestas, este fue **aprobado**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes De Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. La Secretaría dejó constancia que las demás proposiciones presentadas frente a este artículo, fueron retiradas.

En consecuencia, el artículo 31, quedó aprobado de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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

El artículo 32, es el que tiene que ver con las funciones de los gestores de servicios de salud. El honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* indica que el artículo 32, tiene proposiciones susti-

tutivas. En primer lugar, solicita sometió a consideración la presentada por honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez*; indica que la Comisión recomienda votarla negativamente. La Secretaría hizo la siguiente lectura:

“**Artículo 32. Funciones de las unidades territoriales de salud.** Las unidades territoriales de salud tendrán las siguientes funciones:

a) Recaudar los recursos de los entes territoriales involucrados en el territorio de salud correspondiente y articularlos a los transferidos por el Fondo Único Público para la Salud para constituir el Fondo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente;

b) Distribuir los recursos integrados del orden nacional y territorial, según las cuentas correspondientes del fondo territorial;

c) Elaborar un Plan Territorial de Salud a diez (10) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del territorio;

d) Organizar el presupuesto y los mecanismos de contratación de los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, en el territorio de salud a su cargo, y las formas de pago de los servicios prestados por otros prestadores externos, en caso de requerirse atenciones en lugares por fuera del territorio de salud, con criterios de calidad, integralidad y equidad en la atención;

e) Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las Leyes 9ª de 1979 y 1562 de 2012;

f) Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Naturaleza de las instituciones prestadoras de servicios. Las instituciones prestadoras de servicios de salud serán únicamente de dos tipos: pública y privada sin ánimo de lucro. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y no de competencia de mercado”.

Puesta a votación la Proposición al **artículo 32**, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, esta proposición fue **negada**, con ocho (08) votos en **contra** y un (01) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

Enseguida se puso en consideración la proposición de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, literal r), al artículo 32, así:

r) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, **cada 6 meses**, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud;” **utilizando para este efecto medios masivos**

de comunicación públicos y privados así como las tecnologías de la información y las comunicaciones TIC.

Puesta a votación la Proposición al literal r) al **artículo 32**, de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, esta fue **aprobada**, con nueve (09) votos a **favor** y un (01) voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

Enseguida se puso en consideración la proposición de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, literal k), al artículo 32, así:

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

Puesta a votación la Proposición al literal k) al **artículo 32**, de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, esta fue **aprobada**, con nueve (09) votos a **favor** y ningún voto en contra, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Enseguida se pone en consideración la proposición de los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Guillermo Antonio Santos Marín*, a los literales c) y l), al artículo 32, así:

“c) ~~Conformar~~ y Gestionar la operación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios”;

“l) Participar y apoyar a Salud-Mía en los procesos operativos de afiliación”.

Puesta a votación la Proposición a los literales c) y l) al **artículo 32**, del honorable Senador *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer* y *Guillermo Antonio Santos Marín*, esta fue **aprobada**, con seis (06) votos a **favor** y cuatro (04) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Delgado Ruiz Édinson, Jiménez Gómez Gilma, Ospina Gómez Mauricio Ernesto y Santos Marín Guillermo Antonio*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Correa Jiménez Antonio José, García Romero Teresita, Sánchez Montes de Occa Astrid y Zapata Correa Gabriel*.

Enseguida se pone en consideración la proposición de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, literal l), al artículo 32, así:

l) Participar y apoyar a Salud-Mía en los procesos operativos de afiliación y recaudo.

Puesta a votación la Proposición al literal l) al **artículo 32**, de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, esta fue **negada**, con nueve (09) votos en **contra** y ningún voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes de Occa Astrid y Santos Marín Guillermo Antonio*.

En consecuencia el literal l) se mantiene en el texto del artículo 32, con la modificación aprobada, de los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Guillermo Antonio Santos Marín*, al literal l), al artículo 32, así:

“l) Participar y apoyar a Salud-Mía en los procesos operativos de afiliación”.

A continuación, se puso en consideración la proposición de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, literal d), al artículo 32, así:

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

Puesta a votación la Proposición al literal d) al **artículo 32**, de la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, esta fue **aprobada**, con diez (10) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Ospina Gómez Mauricio Ernesto, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Finalmente, se puso en consideración el **artículo 32**, como viene de la ponencia Mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, así:

Artículo 32. Este artículo fue **aprobado**, con nueve (09) votos a **favor** y un (01) voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **negativamente** fue: *Ospina Gómez Mauricio Ernesto*.

En consecuencia, el artículo 32, fue aprobado con las modificaciones previamente aprobadas, quedando de la siguiente manera:

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

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

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

v) **Gestionar la operación de las Redes de Prestación de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;**

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

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

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

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

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

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

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

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

ee) **Participar y apoyar a Salud-Mía en los procesos operativos de afiliación;**

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

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

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

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

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

kk) Realizar ejercicios de rendición pública de cuentas, cada 6 meses, sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud; utilizando para este efecto medios masivos de comunicación públicos y privados así como las tecnologías de la información y las comunicaciones TIC.

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

Parágrafo transitorio. Mientras Salud-Mía inicia las funciones de afiliación, recaudo, gestión de cobro, administración de los recursos y conciliación de las cotizaciones que defina el reglamento, las Entidades Promotoras de Salud y los Gestores de Servicios de Salud podrán adelantar dichas funciones”.

El **artículo 33**, tuvo una proposición modificativa, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Guillermo Antonio Santos Marín*, al inciso 2° y 3°, y al literal c), así:

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

Entre sus funciones están las de apoyar a la autoridad competente en los siguientes procesos:

f) (...)

g) (...)

h) Conformación de la Red de Prestación de Servicios de Salud garantizados por a cargo de los Gestores de Servicios de Salud;

i) (...)

j) (...)

(...)”.

Puesta a consideración la proposición leída, al **artículo 33**, resultó un **empate**, con cinco (05) votos a

favor y cinco (05) votos en contra, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlosama López Germán Bernardo*, *Delgado Ruiz Édinson*, *Ospina Gómez Mauricio Ernesto* y *Santos Marín Guillermo Antonio*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Correa Jiménez Antonio José*, *García Romero Teresita*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Sánchez Montes de Occa Astrid* y *Zapata Correa Gabriel*.

La Secretaría explicó que conforme a lo dispuesto en el artículo 135, del Reglamento Interno del Congreso, (Ley 5ª de 1992), procede aplazar esa votación o decidir en la misma sesión; de resultar empate, se entenderá negada, si se aplaza, debe encabezar el orden del día; la Presidencia decidió decidir en la misma sesión, así:

Se sometió nuevamente a votación de la proposición modificativa, al **artículo 33**, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Guillermo Antonio Santos Marín*, siendo **aprobada**, en este nuevo llamado, con seis (06) votos a **favor** y cuatro (04) votos en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de diez (10) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer*, *Carlosama López Germán Bernardo*, *Delgado Ruiz Édinson*, *Jiménez Gómez Gilma*, *Ospina Gómez Mauricio Ernesto* y *Santos Marín Guillermo Antonio*. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Correa Jiménez Antonio José*, *García Romero Teresita*, *Sánchez Montes de Occa Astrid* y *Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 33, quedó aprobado de la siguiente manera;

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

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

Entre sus funciones están:

a) Habilitación y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;

b) Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud;

c) Conformación de la Red de Prestación de Servicios de Salud garantizados los Gestores de Servicios de Salud;

d) Definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;

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

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

El artículo 39, tuvo tres (03) proposiciones: Una presentada por la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, otra, presentada por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín* y, una tercera, presentada por el honorable Senador *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*.

Se sometió a consideración la proposición presentada por la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*. Se le dio lectura, así:

Modifíquese el párrafo del artículo 39 del Capítulo VI. “Gestores de Servicios de Salud”

Artículo 39. Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud.

(...)

Parágrafo. Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud, y de la administración de las reservas. Las Decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán Responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud.

Quedará así:

Parágrafo. Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud, y de la administración de las reservas. Las Decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán Responsabilidad del **Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud**”.

Puesta a votación la proposición leída, al artículo 39, presentada por la honorable Senadora *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, esta fue **negada**, con nueve (09) votos en **contra** y ningún voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Enseguida, se puso en consideración la proposición aditiva, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, y suscrita por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, con el visto bueno del Gobierno, al párrafo de artículo 39, así:

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

Sometida a votación la proposición leída, al **artículo 39**, presentada por los por los honorables Senadores *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer y Santos Marín Guillermo Antonio*, esta fue **aprobada**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

A continuación se pone en consideración la proposición del honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*; la Secretaría le dio lectura así:

“Artículo 39. Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud. Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:

c) Una suma fija anual para financiar los gastos de administración, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en el número de usuarios, la cual será girada en cuotas mensuales, **sin que de ninguna manera supere el 7% del total de recursos del sistema;**

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

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

Al inicio de su operación, los Gestores de Servicios de Salud deberán aportar unas reservas iniciales a Salud Mía, distintas al capital suscrito y pagado, como condición de seriedad y de administración del riesgo financiero del sistema que serán determinadas por el Gobierno Nacional.

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

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

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

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

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

Parágrafo 1°. Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud, y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud.

Parágrafo 2°. Las reservas acumuladas en Salud Mía por parte de cada Gestor deberán mantenerse en dicha entidad mientras la respectiva Gestora se encuentre habilitada, una vez pierda esa calidad, pasarán a formar parte de los recursos, del sistema. Sólo se reembolsarán las reservas inicialmente aportadas.

Parágrafo 3°. El saldo de excedentes asignados al Gestor de servicios de salud como excedente propio en función de resultados estará gravado con la tarifa general del impuesto de renta para personas jurídicas. Las demás rentas que perciban estarán exentas de cualquier tributo”.

El Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, retiró la proposición leída y la dejó como constancia.

Finalmente, se puso en consideración y votación el **artículo 39**, de la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, con las modificaciones ya aprobadas, siendo **aprobado** con ocho (08) votos a **favor** y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de ocho (08) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 39, quedó aprobado de la siguiente manera:

“Artículo 39. Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud. Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo. Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización

de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud, y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, **quienes rendirán cuenta de estas decisiones al Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud”.**

Se continuó con el **artículo 3°**: tuvo dos (02) proposiciones: una presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y otra, presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Guillermo Antonio Santos Marín*.

La Secretaría dio lectura, en primer lugar, a la proposición presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, así:

“Artículo 3°. Objetivos y características. El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad.

El Sistema tendrá las siguientes características:

a) Estará dirigido, administrado, controlado y vigilado por el Gobierno Nacional, con amplia participación de los actores del sistema, por medio de un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

b) Afiliará a todos los habitantes en el territorio colombiano;

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

d) Contará con una entidad que será la responsable de la afiliación, recaudo, y transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio en el ámbito territorial, que rendirá cuentas al Consejo Nacional;

e) La administración de los recursos en los territorios estará a cargo de unidades territoriales de salud, según los criterios definidos en la presente ley, con amplia participación de los actores del sistema a través de consejos territoriales de seguridad social en salud;

f) Contará con mecanismos de subsidiaridad y complementariedad entre unidades territoriales de salud, para garantizar el derecho a la atención en salud en todo el territorio nacional;

g) Tendrá Prestadores de Servicios de Salud (PSS) de naturaleza pública, privada o mixta, los cuales actuarán dentro de redes integradas;

h) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos e individuales, en el marco de la legislación vigente, según las características epidemiológicas, sociodemográficas, étnicas, de género y de generación de las poblaciones en los territorios que se establezcan;

i) Las unidades territoriales de salud conformarán redes integradas de servicios de salud (RISS) coordinadas por medio de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para garantizar el vínculo con familias y comunidades, la integralidad, la continuidad y la mejor calidad posible de la atención, con participación social;

j) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para las poblaciones según género, etnia y ge-

neración, y en especial adecuación a poblaciones localizadas en zonas dispersas;

k) Contará con la participación vinculante de ciudadanos y ciudadanas y comunidades, tanto en las instituciones como en las instancias de rectoría nacional y territorial del sistema;

l) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los prestadores de servicios de salud en el territorio donde habite, con el máximo de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, dentro de las condiciones de la presente ley”.

Se puso en consideración la proposición leída, presentada por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* al **artículo 3º**, siendo **negado**, con ocho (08) votos en **contra** y un (01) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

La Secretaría dio lectura, a continuación, a la proposición presentada por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Guillermo Antonio Santos Marín*, así:

“**Proposición:** Se modifique el artículo 3º, en sus literales h), i), l) y m) del texto de la ponencia para primer debate del Proyecto de ley número 210 de 2013, acumulados a los Proyectos 51 de 2012 y 233 de 2013, así:

“**Artículo 3º. Objetivos y características.** El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad.

El Sistema tendrá las siguientes características:

a) (...);

h) Tendrá atención primaria y complementaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta;

i) Operará mediante esquemas de integración territorial definidos, planificados, gestionados, vigilados, controlados y coordinados por las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, de que trata el artículo 33 de la presente ley, en los términos que defina el ministerio de Salud y protección Social. Para el efecto, se conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;

l) Tendrá Comisiones de Área de Gestión Sanitaria encargadas de definir, planificar, gestionar, vigilar, controlar y coordinar la adecuada operación del Sistema de Salud, conforme con el artículo 33 de esta ley;

m) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud y tomar parte en las decisiones que esta ley consagre”.

Puesta a consideración y votación la proposición modificativa al **artículo 3º, literales h), i), l), m)**,

presentada por los honorables Senadores: *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier y Guillermo Antonio Santos Marín*, esta fue **aprobada**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Finalmente se sometió a votación el **artículo 3º**, de la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, con las modificaciones ya aprobadas: Este artículo fue **aprobado**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

En consecuencia, el artículo 3º, quedó aprobado de la siguiente manera:

“**Artículo 3º. Objetivo y características.** El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad.

El Sistema tendrá las siguientes características:

p) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Gobierno Nacional;

q) Afiliará a todos los habitantes en el territorio colombiano;

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

s) Contará con una entidad que será la responsable de la afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;

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

u) Tendrá un plan de beneficios individuales al cual accederán todos los afiliados;

v) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9ª de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan;

w) Tendrá atención primaria y complementaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta;

x) Operará mediante esquemas de integración territorial definidos, planificados, gestionados, vigilados, controlados y coordinados por las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, de que trata el artículo 33 de la presente ley, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el efecto, conformarán Redes de Prestación

de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;

y) Tendrá Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, los cuales actuarán dentro de redes integradas;

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

aa) Tendrá Comisiones de Área de Gestión de Sanitaria encargadas **de definir, planificar, gestionar, vigilar, controlar y coordinar la adecuada operación del sistema de salud, conforme con el artículo 33 de esta ley;**

bb) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud **y tomar parte en las decisiones que esta ley consagra**”;

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

dd) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, para los cuales la ley definirá sus fuentes de financiamiento, garantizando para ellos un único plan de beneficios”.

Finalmente, se sometió a consideración y votación la proposición presentada a nombre del movimiento Político Progresistas, radicada por los honorables Senadores *Mauricio Ernesto Ospina Gómez* y *Luis Carlos Avellaneda Tarazona*, de reabrir los artículos: 3°, 4°, 5°, 9°, 17, 18, 19 y 20 y una proposición adicional de un artículo nuevo.

Puesta a votación la reapertura de esos artículos, esta fue **negada**, con nueve (09) en contra y ningún voto a favor, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Se sometieron a consideración y aprobación los **artículos nuevos**, los cuales fueron reordenados en el Texto Definitivo, así:

En primer lugar, se sometió a discusión y aprobación el artículo nuevo sobre “Medidas Especiales”, presentado por los honorables Senadores: *Astrid Sánchez Montes de Occa, Édinson Delgado Ruiz*, avalada por el Gobierno y por la Comisión Accidental, así:

“Artículo Nuevo 1°. Medidas especiales. El Superintendente Nacional de Salud, podrá ordenar mediante resolución motivada de inmediato cumplimiento, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen sustituyan o aclaren, a las entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud.

Esta actuación, no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes que se produzca el acto administrativo que la ordene. Este acto admi-

nistrativo será de inmediato cumplimiento y se notificará personalmente al representante legal de la empresa por el funcionario comisionado por el Superintendente; una vez efectuada la notificación al representante legal se entenderá notificados los socios y demás interesados. Contra el acto administrativo procede recurso de reposición en efecto devolutivo”.

Puesto a consideración este **artículo nuevo 1°**, sobre “Medidas especiales”, este fue **aprobado**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Este artículo nuevo 1°, una vez reordenado el articulado por parte de los Ponentes y Coordinadores de Ponentes (Artículo 165 del Reglamento Interno del Congreso), quedó como artículo número 76.

El siguiente **artículo nuevo 2°, presentado** por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier* y *Guillermo Antonio Santos Marín*, avalado por el Ministerio de Salud, así:

“Artículo Nuevo 2°. Se adicione un nuevo numeral al artículo 178 de la Ley 136 de 1994, que trata sobre las funciones de los personeros:

(...).

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

(i) Conminar a los gerentes, representantes legales y/o directores de los Gestores de Servicio de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando, a su juicio, dicho derecho fundamental se encuentre amenazado, esté siendo vulnerado o desconocido por alguna de esas entidades, para que estas procedan a cumplir con la prestación del servicio o tecnología de salud requerida;

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

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

Puesto a consideración este **artículo nuevo 2°**, sobre “funciones de los personeros”, este fue **aprobado**, con nueve (09) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (09) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Édinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*.

Este artículo nuevo 2°, una vez reordenado el articulado por parte de los Ponentes y Coordinadores de Ponentes (Artículo 165 del Reglamento Interno del Congreso), quedó como artículo número 91.

El siguiente **artículo nuevo 3º**, presentado por los honorables Senadores *Antonio José Correa* y *Gabriel Zapata Correa*, avalado por el Ministerio de Salud, así:

“**Artículo nuevo 3º.** La Superintendencia de Salud ejercerá el control y vigilancia sobre los precios de los medicamentos y la obligación de reporte al Sistema de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Sismed), e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones”.

Se aplazó para más adelante su votación, en tanto se consultó con el Señor Superintendente de Salud.

Los demás artículos nuevos, fueron retirados por sus autores y dejados como constancia, así:

– El honorable Senador *Germán Bernardo Carlosama López*, presentó proposición de artículo nuevo, sobre el transporte de personas discapacitadas, lo retiró y lo dejó como constancia para segundo debate.

– La honorable Senadora *Gilma Jiménez Gómez*, presentó un artículo nuevo sobre “Plan de beneficios para las niñas, los niños y los adolescentes; indicó que dejará una carta al señor Ministro de Salud, frente a este tema.

– La honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, presentó un artículo nuevo, sobre “El Plan de Recuperación y puesta en operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios”. Dado que la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, no se encontró presente (presentó excusa), la Presidencia ordena a la Secretaría darle lectura, para someterlo a discusión y votación, así:

“**Artículo nuevo.** El Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Cultura, la Universidad Nacional y la entidad territorial que sirve de sede principal al Centro Hospitalario San Juan de Dios, deberán formular e implementar un Plan de Recuperación y Puesta en Operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios en el término de seis meses a partir de la sanción de la presente ley. Este Plan deberá incluir las dimensiones jurídicas, presupuestales, tecnológicas, científicas, laborales y demás pertinentes al caso. La elaboración de este Plan será coordinada por la entidad territorial sede del Centro Hospitalario San Juan de Dios quien diseñará los mecanismos necesarios para garantizar la participación activa de la comunidad, trabajadores y demás personas vinculadas al Centro Hospitalario en la formulación e implementación del Plan. Las entidades mencionadas en este inciso se tendrán como responsables de proteger el derecho a la defensa del patrimonio cultural de la Nación y el derecho al desarrollo científico y tecnológico de los pueblos.

El fin de este Plan es habilitar al Centro Hospitalario San Juan de Dios para desarrollar libremente sus funciones y vocaciones esenciales. Estas vocaciones esenciales son inherentes al Patrimonio Cultural del Centro Hospitalario de conformidad con la Ley 735 de 2002 y la Ley 1185 de 2008. Las vocaciones esenciales incluyen: ser un complejo hospitalario de carácter universitario, de alta complejidad, que contribuya directamente al desarrollo de la ciencia, la investigación y la formación de personal en salud, en el marco de fortalecimiento de la red pública hospitalaria del país y del enfoque de Atención

Primaria en Salud; que contribuya a la realización del derecho a la salud a las personas en condiciones de vulnerabilidad por su no vinculación al sistema de seguridad social u otras razones; y que contribuya al acceso de estudiantes del área de la salud a educación e investigación a nivel de especialización y posgrado. El Centro Hospitalario San Juan de Dios servirá como ente rector e instancia articuladora de un sistema nacional de hospitales universitarios, de su mismo nivel de complejidad, tanto públicos como privados, que serán igualmente referentes para las políticas laborales de formación de personal en salud y de ciencia tecnología e investigación en salud, implementación y homologación de medicamentos, procedimientos y protección de saberes ancestrales. Dentro del Centro Hospitalario San Juan de Dios se entiende incluido el Hospital San Juan de Dios, sus entidades adscritas, sedes, dependencias, prácticas, programas y otros derechos que integran su patrimonio cultural.

Para esos propósitos y en continuidad con el artículo 80 de la Ley 153 de 1887, el Gobierno Nacional reconoce al Centro Hospitalario San Juan de Dios como persona jurídica de derecho público, organismo estatal de rango nacional, con naturaleza y régimen propios y especiales, con personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonial, presupuestal y técnica; y apoyado financieramente por las entidades mencionadas en el primer inciso del presente artículo.

El alcance de su autonomía permite al Centro Hospitalario San Juan de Dios desarrollar libremente sus funciones y vocaciones esenciales. Las dimensiones laborales del Plan deben reconocer las obligaciones laborales y prestacionales existentes sin solución de continuidad. La Agencia para la Defensa Jurídica del Estado y la Contraloría General de la República deberán implementar un plan de choque conjunto con implicaciones fiscales que permita proteger el patrimonio y los bienes del Centro Hospitalario San Juan de Dios”.

Puesto en votación el **artículo nuevo** leído, presentado por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, este fue **negado**, con ocho (8) votos en contra y un (1) voto a **favor**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **negativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marin Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel*. El honorable Senador que votó **afirmativamente** fue: *Carlosama López Germán Bernardo*.

Hecha la consulta con el señor Superintendente de Salud, y con el visto bueno del Ministro de Salud, el honorable Senador *Gabriel Zapata Correa* dio lectura al **Artículo nuevo 3**, mejorada la redacción, así:

“**Artículo nuevo 3.** La Superintendencia de Salud ejercerá el control y la obligación de reporte al Sistema de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Sismed), e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones”.

Puesto a consideración este **artículo nuevo 3**, sobre “Medidas especiales”, este fue **aprobado**, con

nueve (9) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

Este artículo nuevo 3, una vez reordenado el articulado por parte de los Ponentes y Coordinadores de Ponentes (artículo 165 del Reglamento Interno del Congreso), quedó como artículo número 77.

– La siguiente proposición de artículo nuevo se tituló “Política Pública Farmacéutica de Medicamentos y de Dispositivos Médicos”, suscrita por los honorables Senadores *Edinson Delgado Ruiz, Antonio José Correa Jiménez, Gabriel Zapata Correa, Teresita García Romero, Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Guillermo Antonio Santos Marín, Luis Carlos Avellaneda y Jorge Eliécer Ballesteros Bernier.* El honorable Senador Edinson Delgado Ruiz, solicitó su retiro, y dejarla como constancia. El honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez*, solicitó no solo dejarla como constancia sino que, como recomendación, para ser considerada en la Reforma Estatutaria, que va para segundo debate, hizo la siguiente lectura, así:

“Política Pública Farmacéutica de Medicamentos y de Dispositivos Médicos”. Para contribuir al goce efectivo del derecho a la salud como derecho fundamental, el Gobierno en representación del Estado debe fijar una política pública farmacéutica de medicamentos y de dispositivos médicos que así lo garantice. En consecuencia, el Gobierno debe fijar una política pública que controle el precio de los medicamentos y de los dispositivos médicos, tanto para los de producción nacional como para los importados, tomando precios internacionales de referencia. En ningún caso existirá libertad de precios para la producción y comercialización de medicamentos y de dispositivos e insumos médicos. Dentro de sus competencias, la inspección, vigilancia y control será ejercida por parte del Ministerio de Salud, del Ministerio de Comercio, la Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia Nacional de Salud, quienes deberán imponer las sanciones pecuniarias y no pecuniarias, según cada caso sin detrimento del non bis in ídem”.

– Otro artículo nuevo, “Afiliación en Salud para Independientes”, fue retirado por su autor, el honorable Senador *Edinson Delgado Ruiz* y la dejó como constancia para segundo debate.

– El siguiente artículo nuevo sobre “Defensor del Usuario”, presentado por el honorable Senador *Guillermo Antonio Santos Marín*, quien ya la había retirado y la dejó como constancia para segundo debate.

– Finalizada la discusión del articulado, se puso en consideración el título del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, y sus acumulados, los proyectos de Leyes 233 de 2013 Senado y 51 de 2012 Senado, el cual quedó aprobado de la siguiente manera: “por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013

y 051 de 2012 Senado”, tal como fue presentado en el texto propuesto en la ponencia para primer debate, de la ponencia mayoritaria, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013.

El título fue **aprobado** por mayoría absoluta, con nueve (9) votos a favor y ningún voto en **contra**, ninguna abstención, sobre un total de nueve (9) honorables Senadoras y Senadores presentes al momento de la votación. Los honorables Senadores que votaron **afirmativamente** fueron: *Ballesteros Bernier Jorge Eliécer, Carlosama López Germán Bernardo, Correa Jiménez Antonio José, Delgado Ruiz Edinson, García Romero Teresita, Jiménez Gómez Gilma, Sánchez Montes de Occa Astrid, Santos Marín Guillermo Antonio y Zapata Correa Gabriel.*

Preguntada la Comisión si deseaba que este proyecto tuviera segundo debate, esta contestó afirmativamente, por nueve (09) votos correspondientes a igual número de honorables Senadores presentes en el recinto, siendo designados ponentes para segundo debate, los mismos trece (13) Senadores que lo hicieron para primer debate: seis (6) coordinadores y siete (7) ponentes. Los Ponentes y Coordinadores así designados quedaron notificados en estrado. Término máximo para rendir ponencia para segundo debate, quince (15) días calendario, contados a partir del día siguiente a su notificación en estrado, susceptibles de solicitar prórroga.

Ponentes y coordinadores de ponentes:

Honorables Senadores Ponentes	Asignado (A)	Partido
Jorge Eliécer Ballesteros	Coordinador	Social de Unidad Nal. - La U
Edinson Delgado Ruiz	Coordinador	Liberal Colombiano
Antonio José Correa Jiménez	Coordinador	Partido de Integración Nacional (PIN)
Guillermo Antonio Santos Marín	Coordinador	Liberal Colombiano
Mauricio Ernesto Ospina Gómez	Coordinador	Polo Democrático Alternativo
Zapata Correa Gabriel Ignacio	Coordinador	Conservador Colombiano
Liliana María Rendón Roldán	Ponente	Conservador Colombiano
Gloria Inés Ramírez Ríos	Ponente	Polo Democrático Alternativo
Teresita García Romero	Ponente	Partido de Integración Nacional (PIN)
Gilma Jiménez Gómez	Ponente	Partido Verde
Astrid Sánchez Montes de Oca	Ponente	Social de Unidad Nacional.- La U
Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento	Ponente	Social de Unidad Nacional.- La U
Germán Bernardo Carlosama López	Ponente	Movimiento de Autoridades Indígenas

– La relación completa del primer debate se halla consignada en las siguientes sesiones y actas respectivas: miércoles veintinueve (29) de mayo de 2013, según Acta número 28; martes cuatro (4) de junio de 2013, según Acta número 29; miércoles cinco (5) de junio de 2013, según Acta número 30; martes once (11) de junio de 2012, según Acta número 31; miércoles doce (12) de junio de 2013, según Acta número 32 y jueves trece (13) de junio de 2013, según Acta número 33.

– Conforme a lo dispuesto en el artículo 8º, del Acto Legislativo número 001 de 2003, (último inciso del artículo 160 de la Constitución Política), el anuncio del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, y sus acumulados, el Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado y el Proyecto de ley número 233 de

2013 Senado, se hicieron en las siguientes Sesiones Ordinarias: miércoles veintinueve (29) de mayo de 2013, según Acta número 28; martes cuatro (4) de junio de 2013, según Acta número 29; miércoles cinco (5) de junio de 2013, según Acta número 30; martes once (11) de junio de 2012, según Acta número 31 y, miércoles doce (12) de junio de 2013, según Acta número 32.

Descripción proyectos de ley de reforma a la salud acumulados:

– **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado** (por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones).

Iniciativa: Señor Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe.

Radicado en Senado: 19-03-2013.

Radicado en Comisión: 21-03-2013.

Número de artículos: sesenta y siete (67).

Publicado en Gaceta del Congreso número 116 de 2013.

– **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado** (por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones).

Iniciativa: honorables Senadores Jorge Eliécer Ballesteros y Edinson Delgado Ruiz.

Radicado en Senado: 01-08-2012.

Radicado en Comisión: 15-08-2012.

Número de artículos: doce (12)

Publicado en Gaceta del Congreso número 488 de 2012.

– **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado** (por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud).

Iniciativa: honorables Senadores Luis Carlos Avellaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, Alexander López, Parmenio Cuéllar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena, y honorables Representantes Iván Cepeda Castro, Germán Navas Talero, Ángela María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla, Hugo Velásquez.

Radicado en Senado: 10-04-2013.

Radicado en Comisión: 12-04-2013.

Número de artículos: cincuenta y tres (53).

Publicado en Gaceta del Congreso número 198 de 2013.

Observaciones y comentarios:

Comentarios:

– **Federación Col. de Municipios.**

Fecha: 08-05-2013. *Gaceta del Congreso* número 276 de 2013.

– **(ACESI) Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos**

Fecha: 17-05-2013. *Gaceta del Congreso* número 354 de 2013.

– **Gestarsalud**

Fecha: 17-05-2013. *Gaceta del Congreso* número 354 de 2013.

– **(ACPI) Asociación Colombiana de la Propiedad Intelectual**

Fecha: 23-05-2013. *Gaceta del Congreso* número 328 de 2013.

– **Copacos Distrital - Comité de Participación Comunitario en Salud**

Fecha: 28-05-2013.

– **Centrales Obreras (CTC, CGT, CUT)**

Fecha: 31-05-2013.

– **(ANDI) Asociación Nacional de Empresarios de Colombia**

Fecha: 04-06-2013 - repartido vía e-mail: junio 04 -2013. *Gaceta del Congreso* número 379 de 2013.

– **Federación Colombiana de Municipios**

Fecha: 05-05-13 - repartido vía e-mail: 05-05-13. *Gaceta del Congreso* número 393 de 2013.

– **Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)**

Fecha: 125-06-13 - repartido vía e-mail. *Gaceta del Congreso* número ... de 2013.

Conceptos:

– **Ministerio de Salud** (Respuestas a Autoridades Indígenas frente a Reforma al SGSSS del Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguaramiento en Salud).

Fecha: 05-2013. **Número Radicado:** 2013340000636551.

Ponentes y coordinadores de ponentes para primer debate Senado:

Honorables Senadores Ponentes	Asignado (A)	Partido
Jorge Eliécer Ballesteros	Coordinador	Social de Unidad Nal.- La U
Edinson Delgado Ruiz	Coordinador	Liberal Colombiano
Antonio José Correa Jiménez	Coordinador	Partido de Integración Nacional (PIN)
Guillermo Antonio Santos Marín	Coordinador	Liberal Colombiano
Mauricio Ernesto Ospina Gómez	Coordinador	Polo Democrático Alternativo
Zapata Correa Gabriel Ignacio	Coordinador	Conservador Colombiano
Liliana María Rendón Roldán	Ponente	Conservador Colombiano
Gloria Inés Ramírez Ríos	Ponente	Polo Democrático Alternativo
Teresita García Romero	Ponente	Partido de Integración Nacional (PIN)
Gilma Jiménez Gómez	Ponente	Partido Verde
Astrid Sánchez Montes de Oca	Ponente	Social de Unidad Nacional.- La U
Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento	Ponente	Social de Unidad Nacional.- La U
Germán Bernardo Carlosama López	Ponente	Movimiento de Autoridades Indígenas

Audiencias públicas realizadas:

En Bogotá, D. C.

1. Jueves 11 de abril de 2013: Entes Territoriales (Gobernaciones y Alcaldías).

2. Lunes 15 de abril de 2013: Asociaciones de Pacientes.

3. Miércoles 17 de abril de 2013: ACEMI (EPS'S afiliadas), Gestarsalud (EPS'S afiliadas), Asocajas (Cajas de Compensación Familiar) y Empresas de Medicina Prepagada.

4. Jueves 18 de abril de 2013: Asociaciones Científicas y Similares.

5. Lunes 22 de abril de 2013: Entidades afiliadas a ACESI (Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos) y Entidades afiliadas a la ACHC (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas).

6. Miércoles 24 de abril de 2013: Gremios del Sector Farmacéutico (Entidades afiliadas a Afidro y Asinfar, Aliancoop), ANDI (Cámara de Proveedores de la Salud, Cámara Farmacéutica y Cámara Sectorial de Salud), Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), Asocoldro (Asociación Colombiana de Droguistas Detallistas) y otros organismos de insumos y dispositivos médicos.

7. Jueves 25 de abril de 2013: Academia (Unixternado y Uniandes), Ascofame y Facultades de Medicina.

8. Martes 30 de abril de 2013: Etnias.

Fuera de Bogotá, D. C.:

1. Lunes 29 de abril: Medellín.

2. Martes 7 de mayo de 2013: Cali.

3. Viernes 10 de mayo de 2013: Barranquilla.

4. Jueves 16 de mayo de 2013: Bucaramanga.

5. Jueves 23 y viernes 24 de mayo de 2013: Ibagué (Diálogo Social – Vicepresidencia de la República).

Informes de ponencias radicados:

1. **Informe de ponencia mayoritaria: Radicado miércoles 29 de mayo de 2013. Reproducción mecánica, autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso 2° del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso.**

Publicado en *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013, del 29 de mayo de 2013, suscrito por los honorables Senadores: Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruiz, Astrid Sánchez Montes de Occa, Gabriel Zapata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero y Guillermo Antonio Santos Marín. La honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez, se adhiere a esta ponencia mayoritaria, mediante escrito de fecha martes cuatro (4) de junio de 2013, según Acta número 30. Consta de noventa (90) artículos.

2. **Informe de ponencia negativa (sustitutiva): Radicado miércoles 29 de mayo de 2013. Reproducción mecánica, autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso 2° del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso. Publicado en *Gaceta del Congreso* número 346 de 2013 del 30 de mayo de 2013, suscrito por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez.**

3. **Informe de ponencia positiva (minoritaria): Radicado el jueves 30 de mayo de 2013. Reproducción mecánica, vía e-mail., autorizada por el señor Presidente de la Comisión, de conformidad con el inciso segundo del artículo 156 del Reglamento Interno del Congreso, suscrita por la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos, consta de cincuenta y tres (53) artículos.**

Publicado en la *Gaceta del Congreso* número 350 de 2013, del 31 de mayo de 2013.

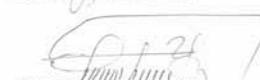
4. **Proposición de aplazamiento de la discusión y aprobación del articulado del Proyecto de ley número 210 de 2013 (y sus acumulados), para la próxima Legislatura, presentada por la honorable Senadora Liliana María Rendón Roldán. *Gaceta del Congreso* número 379 de 2013 del 6 de junio de 2013.**

Conforme a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento Interno del Congreso, las Honorables Senadoras y Honorables Senadores ponentes:


JORGE ELIÉCER BALLESTEROS
H. S. (COORDINADOR)


EDINSON DELGADO RUIZ
H. S. PONENTE (COORDINADOR)


ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
H. S. PONENTE (COORDINADOR)

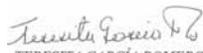

GUILLERMO ANTONIO SANTOS
H. S. PONENTE (COORDINADOR)

MAURICIO ERNESTO OSPINA G.
H. S. PONENTE (COORDINADOR)

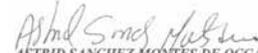

GABRIEL IGNACIO ZAPATA
H. S. PONENTE (COORDINADOR)

LILIANA MARÍA RENDÓN ROLDÁN
H. SENADORA PONENTE

GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS
H. SENADORA PONENTE


TERESITA GARCÍA ROMERO
H. SENADORA PONENTE

GILMA JIMÉNEZ GÓMEZ
H. SENADORA PONENTE


ASTRID SÁNCHEZ MONTES DE OCCA
H. SENADORA PONENTE


CLAUDIA JEANNETH WILCHES S
H. SENADORA PONENTE


GERMÁN BERNARDO CARLOSAMA LÓPEZ
H. SENADOR PONENTE


JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
Secretario Comisión Séptima del Senado

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veintitrés (23) días del mes de julio el año dos mil trece (2013)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso***, del texto definitivo en primer debate, anunciado, discutido, votado y aprobado en la Comisión Séptima del Senado, en Sesiones Ordinarias de los días miércoles 29 de mayo de dos mil trece, martes 4 de junio, miércoles 5 de junio, martes 11 de junio, miércoles 12 de junio y jueves trece (13) de junio de 2013, según Actas números 28, 29, 30, 31, 32 y 33 respectivamente, el cual consta de noventa y dos (92) artículos, debidamente sustentados, que se ordena publicar en ciento noventa y uno (191) folios, al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus **acumulados**: al **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y el **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado**, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud. Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

Jesús María España Vergara,
Secretario Comisión Séptima del Senado.