

TEXTO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA DEL SENADO DE LA REPÚBLICA
LOS DÍAS 15 Y 16 DE OCTUBRE DE 2013 AL PROYECTO DE LEY No.210 DE 2013
SENADO Y SUS ACUMULADOS NÚMERO 233 DE 2013 Y 051 DE 2012 SENADO
“POR MEDIO DE LA CUAL SE REDEFINE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

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

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

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

El Sistema tendrá las siguientes características:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

m) El Estado asegurará que a los funcionarios públicos colombianos que presten sus servicios en el exterior para el Estado Colombiano, les será

garantizado el derecho a la salud en su lugar de destino, a través de esquemas de aseguramiento contratados por la entidad pública a la cual pertenezcan según la oferta disponible.

Artículo 4°. Evaluación del sistema. A partir del año 2015, cada cuatro (4) años, el Gobierno Nacional **y las Entidades Territoriales** evaluarán 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 **y clasificación de la población en grupos de riesgo de morbilidad** en condiciones de equidad;
- b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;
- c) El aporte de las tecnologías en salud;
- d) La capacidad de la red hospitalaria;
- e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;
- f) Los resultados de las políticas de salud pública;
- g) La inspección, vigilancia y control;
- h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;
- i) La sostenibilidad financiera;
- j) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sus condiciones laborales.

El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República, previa la revisión que realice una comisión que para el efecto designen las Comisiones Séptimas Permanentes del Congreso de la República. No obstante lo anterior, el Ministro debe presentar informes **anuales** de seguimiento a las mencionadas comisiones, **dentro del documento que se presenta al Congreso de la República por parte del Gobierno Nacional.**

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

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deberá expedir el Plan Sectorial de Tecnología en Salud a más tardar dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

s) Integralidad. El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia,

no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;

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

u) 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.

v) Oportunidad. La prestación de los servicios en sus componentes de, diagnóstico, tratamientos, medicamentos, tecnología de salud y rehabilitación que se requieran con necesidad, deben proveerse sin dilaciones que puedan agravar las condiciones de salud de las personas

CAPÍTULO II

Salud pública y atención primaria en salud

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

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

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

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

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

Parágrafo. La prestación de las acciones colectivas se realizará mediante contratación con instituciones **privadas, sólo si la entidad pública no está en condiciones de prestarlas.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el registro de prestadores para este fin, el Sistema de Garantía de la Calidad y los mecanismos necesarios para monitorear, evaluar y controlar las acciones de salud pública y los resultados en salud de las mismas.

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

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

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

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

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

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

- ii) Gestión del riesgo en protección específica, detección temprana, diagnóstico y tratamiento por los Gestores de Servicios de Salud en el respectivo territorio;
- iii) Gestión en salud pública, en el marco de las competencias definidas en la Ley 715 de 2001 y demás normas vigentes, y el ejercicio de la autoridad sanitaria; y
- iv) Desarrollo del componente de red de prestación de servicios.

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

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el conjunto de actividades colectivas en salud pública, **estableciendo indicadores de impacto, equidad y efectividad, para evaluar el gasto social, en la mejora de la calidad de vida de la población,** así como los programas nacionales, departamentales y municipales requeridos para el cumplimiento de dichas actividades.

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

Para tal efecto, el Gobierno Nacional definirá en un plazo no mayor de seis (6) meses la Política Pública de la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta su modelo de atención operativo y su implementación gradual y progresiva, **priorizando la salud familiar e integrando a todos los actores sectoriales e intersectoriales involucrados en los determinantes sociales.**

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

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

Igualmente, en coordinación con las entidades del sector salud, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, definirán los lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de

investigación **incluyendo la investigación en ciencia básica**, priorizando las acciones que deban desarrollarse con recursos públicos.

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

CAPÍTULO III

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

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

Artículo 11. Régimen aplicable a la Unidad de Gestión-Salud-Mía. El régimen de los empleados de la Unidad de Gestión -Salud-Mía en materia de clasificación de empleos, administración de personal y carrera administrativa será el que rige para los empleados públicos. En materia de nomenclatura el personal se 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, y al control fiscal por parte de la Contraloría General de la República.

En materia contractual la Unidad de Gestión -Salud-Mía **aplicará las disposiciones que regulan a los establecimientos públicos del orden nacional.**

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

La Unidad de Gestión – Salud-Mía podrá directamente o a través de terceros desarrollar los procesos operativos y logísticos que requiera para el desarrollo

de su objeto. Con el mismo fin – Salud- Mía se apoyará en el uso de Tecnologías de la Información.

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

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

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

c) Administrar los recursos del Sistema;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que para el recaudo de las mismas procedan.

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

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

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

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

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;
- b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;
- c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;

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

e) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y el **parágrafo del artículo 57 de la Ley 30 de 1992**;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;

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

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

n) Transferencias a las entidades territoriales para financiar las Acciones de Salud Pública definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Prestación de Servicios de Salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, los subsidios a la oferta y demás conceptos a financiar con el diez por ciento restante para la prestación de servicios de salud realizada por prestadores públicos a que hace referencia el inciso primero del artículo que trata sobre Distribución de Recursos del Sistema General de Participaciones de la presente ley.

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

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

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

Parágrafo 3°. Se podrán destinar recursos para cubrir los servicios de salud para las personas que sufran enfermedades huérfanas, de acuerdo con las condiciones que fije el reglamento.

Artículo 17. Órgano de dirección y administración. La dirección de la Unidad de Gestión -Salud-Mía estará a cargo de una Junta de Administración integrada por tres (3) miembros que tendrán voz y voto, de dedicación exclusiva y serán empleados

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

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

La entidad tendrá un Consejo de Dirección que ejercerá las funciones que le señalen los estatutos. El Consejo estará integrado por siete (7) miembros: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; **el Director del Departamento Nacional de Planeación**; un (1) representante de los gobernadores elegido a través de la Federación Nacional de Departamentos; dos (2) representantes de los Alcaldes, elegido uno por las ciudades capitales y otro por los demás municipios **elegido por la Federación Colombiana de Municipios**; y un (1) representante de los usuarios, designados por las asociaciones de usuarios legalmente constituidas.

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

Parágrafo 1°. A las sesiones de la Junta de Administración y del Consejo de Dirección podrán asistir invitados que tengan relación con el tema a debatir, quienes tendrán voz pero no voto.

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

Artículo 18. Inicio de operación. El Gobierno Nacional determinará la estructura interna de la Unidad de Gestión -Salud-Mía, su planta de personal y la fecha en la

cual iniciará las funciones de administración de la afiliación, recaudo y manejo de los recursos.

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

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

CAPÍTULO IV

Plan de Beneficios Individual de Salud - Mi-Plan

Artículo 19. *Plan de Beneficios Individual de Salud - Mi-Plan.* El Plan de Beneficios Individual de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, incorporará los servicios y tecnologías de salud que hagan parte del núcleo esencial del derecho a la salud, que sean financiables con recursos del Sistema, y requeridos para la promoción de la salud, la prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas. Mi-Plan estará estructurado con el fin de lograr los mejores resultados en salud con la mejor utilización de los recursos disponibles.

Parágrafo. Mi-Plan deberá garantizar que cuando menos una vez al año el usuario pueda realizarse un examen general de naturaleza preventiva sin solicitar más de una cita para el efecto.

Artículo 20. *Mecanismo de exclusión.* La selección de servicios y tecnologías a excluir se realizará mediante un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente que consulte la opinión de los agentes y usuarios interesados. El mecanismo incluirá como mínimo:

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

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

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

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

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

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

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

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

1. La selección y priorización para su posterior evaluación de los servicios y tecnologías de salud con base en las necesidades del país en materia de salud.
2. La evaluación técnica de los servicios y tecnologías de salud priorizadas.
3. La consulta a expertos pertenecientes a las organizaciones científicas del sector salud.
4. La consulta a usuarios potencialmente afectados con la decisión.
5. La decisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la incorporación o no de los servicios o tecnologías de salud evaluados, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos para su financiación.

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

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

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

Artículo 22. Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud. Elimínese la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos de que tratan los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438

de 2011, cuyas funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el enfoque intersectorial que se requiera.

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

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

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

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

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

Artículo 24. Vigilancia de las tecnologías de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad y 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, **la Superintendencia de Industria y Comercio requerirá concepto técnico al Ministerio de Salud y Protección Social sobre la patentabilidad de las invenciones en salud.**

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

CAPÍTULO V

Atención individual y redes de prestación de servicios de salud

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el modelo de atención de acuerdo con los contenidos del Mi Plan, las características de los prestadores de servicios de salud y las de las Áreas de Gestión Sanitaria.

Parágrafo 2°. La atención inicial de urgencias no requiere ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y el gestor, en los términos definidos por la ley.

El gobierno reglamentará la materia.

Parágrafo 3°. En los servicios provistos a través de Prestadores de Servicios de Salud Primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del Régimen Subsidiado, y a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los servicios provistos por Prestadores de Servicios de Salud Complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, que no constituirán barreras o límites para su debida atención.

Parágrafo 4°. 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.

Parágrafo 5°. Queda prohibido el cobro de copagos a los usuarios del Régimen Subsidiado sobre las atenciones requeridas en el tratamiento de enfermedades catastróficas o de alto costo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el cobro de copagos sobre las atenciones requeridas en el tratamiento de enfermedades catastróficas o de alto costo para usuarios del Régimen Contributivo, exonerando a las personas de bajos ingresos. Hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social reglamente lo dispuesto en el presente parágrafo, se entenderá como persona de bajos ingresos aquella cuyo ingreso Base de Cotización sea inferior a dos (2) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV) en el mes en el que se preste la respectiva atención.

Parágrafo 6º. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá el desarrollo prioritario de programas que atiendan la salud sexual y reproductiva.

Artículo 27. Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor.

Las Comisiones de Área de Gestión sanitaria son los responsables de conformar la red de prestación de servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Esta debe garantizar de manera integral y suficiente la prestación de servicio y tecnologías en salud incluidas en Mi - Plan.

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

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

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

Los contratos entre los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud tendrán una duración mínima de un (1) año. Dicha duración solo podrá modificarse por problemas de habilitación y desempeño de los Prestadores de Servicios de Salud, previo concepto del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

Artículo 28. Habilitación de Prestadores y Redes de Prestación de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y Redes de Prestadores de Servicios de salud, así como los mecanismos de verificación necesarios para su realización.

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

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

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará un informe de evaluación del estado de la habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud Primarios (de que trata el Artículo 26) perteneciente a la red pública, el cual servirá de base para priorizar un plan para la remodelación, construcción y dotación de instituciones prestadoras de servicios de salud.

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

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

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

Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único operador de servicios de salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo **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 Promotores de Salud o Gestores de Servicios de Salud. **El operador único tendrá un seguimiento especial por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar la calidad de los servicios a los usuarios y el equilibrio financiero del operador.**

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 **en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social de diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación. Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.**

CAPÍTULO VI

Gestores de Servicios de Salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre sus funciones está apoyar a las autoridades competentes en los siguientes procesos:

- a) Conformación y actualización de la Red de Prestación de Servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria;
- b) Monitoreo y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;
- c) Monitoreo y evaluación de la suficiencia, integralidad, calidad y desempeño de las Redes de Prestación de Servicios;
- d) Apoyo en la definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;
- e) Coordinación con los diferentes sectores públicos y privados en el manejo de los determinantes sociales de la salud;
- f) Información periódica a la Unidad de Gestión Salud-Mía, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Comunidad el desarrollo del Sistema en la respectiva Área de Gestión Sanitaria.

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

Artículo 34. Ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud. Los Gestores de Servicios de Salud podrán operar en **diferentes** Áreas de Gestión Sanitaria **para lo cual deberán constituirse en unidades de negocio**

independiente en cada una de ellas en los términos dispuestos por el Gobierno Nacional.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir un número adecuado de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para una Área de Gestión Sanitaria, igualmente establecerá las condiciones, formas y plazos para su cumplimiento, acordes con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.

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

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

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

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

Artículo 36. *Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.* Los Gestores de Servicios de Salud deberán atender simultáneamente

los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes.

El porcentaje de contratación con la red pública en el régimen subsidiado no podrá ser inferior al sesenta por ciento (60%) de los recursos manejados por el Gestor provenientes de este régimen. 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. **Para todo lo anterior**, el Ministerio de Salud y Protección Social **determinará las condiciones necesarias**, teniendo siempre en cuenta las recomendaciones realizadas por las respectivas Entidades Territoriales y la Comisión de Área de Gestión Sanitaria.

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 cuatrocientos 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. Está prohibida la integración vertical de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud salvo en la prestación de servicios **básicos de primer nivel de atención en salud**

Parágrafo 1°. Se prohíbe a los Gestores de Servicios de Salud utilizar los recursos destinados a servicios de salud en inversiones de equipamiento de salud o infraestructura de salud.

Parágrafo 2°. Los servicios de salud prestados por los Gestores de Servicios de Salud en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de integración vertical, deberán hacerlo en condiciones de no distorsión de mercado, con transparencia en su relación, a tarifas de mercado y abiertos a la atención de usuarios de otros Gestores de Servicios de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social implementará sistemas de medición que permitan hacer evaluaciones periódicas a los Gestores de Servicios de Salud sobre su gestión en salud y de regulación del mercado.

Parágrafo 3º. La prohibición de integración vertical de que habla el presente artículo deberá hacerse efectiva en un plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 39. Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud. Cada Gestor de Servicios de Salud, en una determinada Área de Gestión Sanitaria, tendrá derecho a los siguientes ingresos, atendiendo los porcentajes o montos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social:

- a) Una suma fija para financiar los gastos de administración definida con base en el número de usuarios;
- b) Un valor per cápita ajustado por riesgo para cubrir el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan;
- c) Un valor derivado de la aplicación de mecanismos de ajuste o redistribución del riesgo;
- d) Otros ingresos tales como copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros.

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

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

Artículo 40. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores. Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red y los Proveedores los mecanismos y las formas de pago.

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

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

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

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

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

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

El porcentaje de cumplimiento de estos indicadores, según los estándares que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, afectará un porcentaje de los gastos de administración a los que puede acceder cada Gestor de Servicios de Salud. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.

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

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

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

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

CAPÍTULO VII

De la formación y ejercicio del talento humano en salud

Artículo 44. De la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina. Podrán otorgar títulos de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina las siguientes entidades:

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

El nivel de formación de estos programas será el de especialización y el título otorgado por las instituciones previstas en el presente artículo será el de “Especialista en $\lambda\lambda$ ”.

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

Artículo 45. De los programas de formación en el área de la salud. Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia-servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Parágrafo 1°. Las Instituciones de Educación Superior debidamente reconocidas y las demás autorizadas para el ofrecimiento de programas de educación superior, que cuenten con acreditación de alta calidad o con programa de pregrado en medicina con acreditación de alta calidad, podrán aumentar los cupos de admisión en los programas de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina, sin autorización previa del Ministerio de Educación Nacional. De lo anterior, se debe informar con anterioridad a la implementación de la modificación a los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social. El Ministerio de Educación Nacional podrá

adelantar en cualquier momento la verificación de las condiciones de calidad de los programas académicos.

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

Artículo 46. De la residencia médica. La residencia médica corresponde al período en el que un médico graduado desarrolla, en el marco de un programa académico de especialización médica, actividades asistenciales de complejidad y responsabilidad progresivas, en una o varias instituciones prestadoras de servicios de salud, bajo niveles de supervisión definidos, con el fin de obtener el título de especialista.

Artículo 47. Contrato de práctica formativa para residencia médica. El contrato de práctica formativa para residencia médica es una forma especial de contratación, cuya finalidad es la formación de médicos especialistas en áreas clínicas y quirúrgicas, mediante el cual una persona natural o residente se obliga a prestar por el tiempo de duración del programa académico, un servicio personal, acorde al plan de delegación progresiva de competencias propias de la especialización a cambio de lo cual recibe de la institución prestadora de servicios de salud, una remuneración que constituye un apoyo de sostenimiento educativo mensual, así como las condiciones, medios y recursos requeridos para el desarrollo formativo.

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

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

El residente tendrá derecho a quince (15) días hábiles de receso por cada período anual, en los cuales continuará recibiendo el apoyo de sostenimiento educativo mensual. Así mismo, tendrá derecho al reconocimiento y pago de las licencias por

maternidad, paternidad, grave calamidad doméstica, luto y ejercicio del sufragio, según la normativa vigente.

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

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

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

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

Artículo 48. Causales de suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica. Serán causales de suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica las siguientes:

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

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

Artículo 49. Causales de terminación del contrato de práctica formativa para residencia médica. Serán causales de terminación del contrato de práctica formativa para residencia médica las siguientes:

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

Parágrafo. No será causal de terminación ni suspensión del contrato de práctica formativa para residencia médica, la realización de rotaciones en institución prestadora de servicios de salud diferente a la contratante, siempre y cuando las mismas se enmarquen en el programa académico de especialización médica o quirúrgica en medicina que dio origen a la respectiva contratación.

Artículo 50. Cofinanciación del apoyo de sostenimiento educativo mensual. El Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades públicas autorizadas legalmente para el efecto, podrán cofinanciar el apoyo de sostenimiento educativo mensual, previa definición entre otras, de las prioridades en salud, las necesidades de las entidades territoriales, las áreas de gestión sanitarias, los Gestores de Servicios de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

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

Artículo 51. Reporte de residentes ante el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano. Una vez perfeccionado el contrato de práctica formativa para residencia médica, el residente deberá inscribirse como tal en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano, aportando para el efecto copia del respectivo contrato.

Parágrafo. Toda novedad en la ejecución del contrato de práctica formativa para residencia médica deberá ser registrada en el Sistema de Información del Registro

Único Nacional de Talento Humano, por la respectiva Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Artículo 52. Hospital Universitario. El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud orientada a la docencia y la investigación, reconocida por su capacidad de generación de conocimiento y como escenario de práctica de programas de salud, principalmente de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina y que cumple condiciones para ofrecer estos programas de manera autónoma o en conjunto con una Institución de Educación Superior.

Los Ministerios de Educación Nacional y Salud y Protección Social definirán los requisitos que deberán cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para obtener el reconocimiento como Hospital Universitario.

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

Artículo 53. Requisitos para el ejercicio del personal del área de la salud. Modifícase el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

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

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:

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

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

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

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

CAPÍTULO VIII

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Artículo 54. Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud. Las medidas especiales y la toma de posesión a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud son de carácter preventivo y correctivo, su propósito es garantizar la prestación del servicio y se regirán por lo previsto en la presente ley.

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

Artículo 55. Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión. La toma de posesión, bajo la modalidad de intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa administrativa para liquidar, tiene por objeto y finalidad salvaguardar la prestación del servicio público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de salud, cualquiera sea la denominación que se le otorgue.

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

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

Artículo 56. Modalidades y duración de la toma de posesión. La toma de posesión podrá ser ordenada bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar. No podrá aplicarse la intervención forzosa administrativa para administrar sobre Salud Mía o sobre los Gestores de Servicios de Salud. Respecto de estas dos entidades sólo procederá la intervención forzosa administrativa para liquidar.

Dentro del proceso de intervención forzosa para administrar, la entidad vigilada continuará desarrollando su objeto social y adelantará las acciones tendientes a

superar las causales que dieron origen a la toma de posesión. Si después del plazo señalado por el Superintendente, que podrá ser de dos (2) años prorrogables por un término máximo igual al inicial, no se superan los problemas que dieron origen a la medida, la Superintendencia decidirá sobre su liquidación.

La intervención forzosa para liquidar se regirá, en lo pertinente, por las normas relativas a la liquidación de instituciones financieras. Las referencias que allí se hacen respecto a la Superintendencia Financiera y al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras y al Consejo Asesor se entenderán hechas a la Superintendencia Nacional de Salud. Las referencias a los ahorradores 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 57. Procedimiento de la toma de posesión. La toma de posesión no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene.

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

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

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

Artículo 58. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará procedimiento administrativo sancionatorio mediante las modalidades oral y escrita. El sistema oral será la regla general, y el Superintendente determinará, mediante acto administrativo de carácter general, los casos en los cuales se dará aplicación al procedimiento administrativo sancionatorio escrito.

El procedimiento administrativo sancionatorio oral se realizará así:

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

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

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

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

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

El procedimiento administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

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

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

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

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

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

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

Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan merito ejecutivo.

Artículo 59. Sanciones. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá las siguientes sanciones, de acuerdo con las actuaciones realizadas por el vigilado y su impacto en la prestación del servicio de salud:

- a) Amonestación. Se entiende como un llamado de atención, que deberá publicarse en un medio de amplia circulación nacional y territorial; y constituirá un antecedente;
- b) Multas. Se regirán conforme a la Ley 1438 de 2011;
- c) Suspensión provisional de actividades hasta por cinco (5) años;
- d) Prohibición de prestar el servicio público de salud en forma directa o indirecta, hasta por diez (10) años;
- e) Revocatoria de la habilitación;
- f) Ordenar la separación de los representantes legales y/o administradores, de sus cargos y/o prohibición de ejercer dichos cargos hasta por dos (2) años **en cualquier entidad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud**

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.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud publicará en su página web de manera cualitativa y cuantitativa las sanciones que se encuentren en firme, manteniendo dicha información a disposición de los usuarios de manera permanente y actualizada.

Artículo 60. Sanciones en eventos de conciliación. La inasistencia injustificada a la audiencia de conciliación por parte de Representantes Legales de entidades públicas o privadas, o el incumplimiento de lo acordado en la respectiva acta de conciliación, constituye una conducta que vulnera el Sistema y dará lugar a las sanciones previstas en el artículo anterior.

Artículo 61. Medidas especiales. El Superintendente Nacional de Salud, podrá ordenar mediante Resolución motivada de inmediato cumplimiento, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen sustituyan o aclaren, a las

entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud.

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

Artículo 62. Reporte de información. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá el control sobre la obligación de reporte al Sistema de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Sismed), e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones.

Artículo 63. Financiamiento del ejercicio de funciones de Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales. Cuando en el marco de la Ley 489 de 1998 la Superintendencia Nacional de Salud delegue en las Entidades Territoriales sus funciones de inspección, vigilancia y control, esta podrá disponer de un porcentaje del recaudo de la tasa establecida a su favor para transferirla al delegatario con el fin de cofinanciar el ejercicio de dichas funciones.

No podrán ser objeto de delegación:

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

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

CAPÍTULO IX

Atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia

Artículo 64. Atención preferente. Los Gestores de Servicios de Salud deben disponer de una estrategia especial y diferenciada que garantice la promoción, efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de

niñas, niños, gestantes y adolescentes teniendo en cuenta su ciclo de vida, perfil epidemiológico y carga de la enfermedad.

La estrategia deberá contener **medidas para** la promoción, prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de niñas, niños, gestantes, adolescentes en condición de discapacidad, víctimas de abuso sexual y aquellos en consumo, **abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas y con patologías** derivadas de su consumo. **La estrategia deberá estar articulada con la entidad del Gobierno Nacional que tiene la corresponsabilidad en su misión de garantizar el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, así como de atenderlos en programas de atención especializada para el restablecimiento de derechos vulnerados.**

Los Gestores de Servicio de Salud deberán hacer específicos los resultados de salud, a través de los cuales serán evaluados y remunerados, así mismo definirán con los prestadores de servicios de salud los resultados e indicadores de salud sobre los cuales se determinará el pago variable. El Ministerio de Salud y Protección Social propondrá un mínimo de indicadores que permitan medir los resultados de salud que deberán ser incluidos en la estrategia que diseñen los Gestores de Servicio de Salud.

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

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

Artículo 65. Servicios y medicamentos para las niñas, niños y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas, ruinosas y huérfanas certificadas. Los servicios y medicamentos para niñas, niños y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas, ruinosas y huérfanas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitas

para las niñas, niños y adolescentes sin capacidad de pago, y para aquellos que se encuentren bajo medida de restablecimiento de derechos.

Artículo 66. Restablecimiento de la salud de niñas, niños y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios para la rehabilitación física y mental de las niñas, niños y adolescentes víctimas del conflicto armado, víctimas de violencia física o sexual y de todas las formas de maltrato certificado por autoridad competente, serán totalmente gratuitos, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, **articulando con la entidad del Gobierno Nacional que tiene la corresponsabilidad en su misión de garantizar el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes así como, de atenderlos en programas de atención especializada para el restablecimiento de derechos vulnerados,** hasta que se certifique **psicológica y** medicamente la recuperación de las víctimas.

Artículo 67. Corresponsabilidad. El Estado, los padres o representantes legales de las niñas, niños y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores de edad, y exigir al Sistema la prestación de los servicios de salud a la que haya lugar.

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

Artículo 68. Obligación de denunciar posible vulneración de derechos, maltrato o descuido. Los Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de las niñas, niños y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual, así como, el embarazo en niñas menores de 14 años.

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



CAPÍTULO X

Disposiciones transitorias

Artículo 69. Plazo para la implementación de la ley. La presente ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

Artículo 70. Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud.

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

Artículo 71. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud. Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán.

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

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

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

Artículo 72. Balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas Compensación Familiar. A partir de la entrada en operación de la Unidad de Gestión Salud-Mía, las Cajas de Compensación Familiar que

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

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

Artículo 73. Continuidad de contratos y obligaciones del Fosyga. El Ministerio de Salud y Protección Social continuará con la ejecución y liquidación de los contratos y obligaciones que se encuentren vigentes y que correspondan al manejo, administración y operación de los recursos del Fosyga, una vez este sea suprimido.

Artículo 74. Declaraciones de giro y compensación. Las declaraciones de giro y compensación del Fosyga que se encuentren en estado aprobado quedarán en firme luego de tres (3) años contados a partir de la fecha de aprobación del proceso de compensación. Una vez la declaración de giro y compensación quede en firme no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes.

Artículo 75. Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable. Las Instituciones Prestadoras de Salud y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del Contributivo, independientemente de su naturaleza jurídica, deberán depurar y conciliar las cuentas por cobrar y por pagar y efectuar el respectivo saneamiento contable de sus estados financieros, a más tardar dentro del año siguiente a la promulgación de la presente ley. El saneamiento contable deberá atender como mínimo lo siguiente:

1. Identificar la facturación radicada y pendiente de radicar.
2. Reconocer y registrar contablemente los pagos recibidos, las facturas devueltas y las glosas no subsanables.
3. Realizar conciliación contable de la cartera, adelantar la depuración y los ajustes contables a que haya lugar, para reconocer y revelar en los Estados Financieros los valores recuperables.

4. La cartera irrecuperable, como resultado de la conciliación y depuración contable, que no se encuentre provisionada, deberá reclasificarse a Cuentas de Difícil Cobro, provisionarse y castigarse en el ejercicio contable en curso.
5. Castigar la cartera originada en derechos u obligaciones que carecen de documentos soporte idóneos a través de los cuales se puedan adelantar los procedimientos pertinentes para obtener su cobro o pago.
6. Castigar la cartera cuando evaluada y establecida la relación costo beneficio de la gestión de cobro resulte más oneroso adelantar dicho cobro. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

El incumplimiento de lo aquí previsto, se considera una conducta que vulnera el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud y por lo tanto será objeto de las multas establecidas en el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011 y demás sanciones a que haya lugar.

Artículo 76. Recobros y reclamaciones ante el Fosyga. El Fosyga o quien haga sus veces reconocerá y pagará las reclamaciones y recobros, glosados por cualquier causal y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad **del medio de control** contencioso administrativo correspondiente, previa nueva auditoría integral que verificará únicamente el cumplimiento de los requisitos esenciales para demostrar la existencia de la obligación, la cual será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes.

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

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

Artículo 77. Trámite de glosas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.

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

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

CAPÍTULO XI

Disposiciones finales

Artículo 78. Fondo de garantías para el sector salud. El Fondo de Garantías para el Sector Salud funcionará como una cuenta especial sin personería jurídica, administrado por la Unidad de Gestión - Salud-Mía cuyo objetivo es proteger la confianza de los agentes del Sistema y asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud, preservando el equilibrio y la equidad económica de dicho Sistema.

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

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

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

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

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

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

f) Cesión de cartera.

Los ingresos del fondo podrán ser:

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

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

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

d) Los rendimientos financieros de sus inversiones;

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

f) Los demás que obtenga a cualquier título.

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

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

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

Artículo 79. Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones. A partir de la vigencia 2015, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para Salud se destinarán el 10% para cofinanciar las acciones en Salud Pública; el 80% para el componente de Régimen Subsidiado y el 10% restante para la prestación de servicios de salud realizada por los prestadores públicos que se denominará Oferta Pública, recursos que promoverán la sostenibilidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

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

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

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

- a) Prestación de servicios por instituciones públicas con características monopólicas no sostenibles por venta de servicios que operen en condiciones de eficiencia;
- b) Formalización laboral en condiciones de sostenibilidad y eficiencia.

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

Parágrafo 2°. Este artículo se aplicará conforme a la reglamentación que el Gobierno Nacional expida para el efecto.

Parágrafo 3°. Los excedentes y saldos no comprometidos del Sistema General de Participaciones con destino a la prestación de servicios a la Población Pobre no Asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores o para la financiación de la formalización laboral de las Empresas Sociales del Estado.

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

Artículo 80. Aportes patronales de las Empresas Sociales del Estado. A partir del año 2015 las Empresas Sociales del Estado deben liquidar y pagar los aportes patronales directamente.

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

Artículo 81. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas. Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente.

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

El Gobierno Nacional definirá las calidades exigidas para ser gerente o director de una Empresa Social del Estado que como mínimo deberá ser profesional universitario

con tres (3) o más años de experiencia en el sector **y la aprobación de un examen habilitante a cargo del Departamento Administrativo de la Función Pública**. Las calidades exigidas pueden variar dependiendo del nivel de complejidad o de los servicios que preste la Empresa Social del Estado.

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

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

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

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

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

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

Artículo 82. Facultades extraordinarias régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente ley, expida normas con fuerza de ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general, el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio público de salud y hacer sostenible las Empresas Sociales del Estado. En todo caso, en desarrollo de estas facultades se deberán respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los Servidores Públicos, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política. **El Decreto deberá ser concertado con las organizaciones sindicales de conformidad con el artículo 55 de Constitución Nacional.**

Artículo 83. Facultades extraordinarias minorías étnicas. De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses contados a partir de la **publicación** de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, manteniendo la normatividad vigente que les sean más favorables.

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

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

Artículo 84. Se adicione un nuevo numeral al artículo 178 de la Ley 136 de 1994, que trata sobre las funciones de los personeros:

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

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

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

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

Artículo 85 (Nuevo) De conformidad con el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, hasta por el término de seis (6) meses, contados a partir de la promulgación de la presente ley, para expedir un decreto con fuerza de ley que reglamente el régimen excepcional de salud de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, sin que en ningún caso se puedan menoscabar las condiciones actuales del mismo, en concordancia con el principio de progresividad. En el desarrollo de estas facultades se garantizará la participación de los representantes de FECODE.

Artículo 86 (Nuevo) Adiciónese un párrafo al artículo 187 de la Ley 100 de 1993, así:

Parágrafo. Los pensionados que reciban mesadas pensionales de hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales no estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

Artículo 87 (Nuevo). Evaluación y acceso a los programas de posgrado en el sector salud. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Educación, diseñará e implementará un sistema nacional único de evaluación y clasificación para el ingreso a programas de especialidades en salud.

Los resultados obtenidos en dicha evaluación serán de obligatorio cumplimiento para las instituciones de educación superior y los hospitales universitarios que ofrezcan programas de posgrado en salud, de modo que, aquellos estudiantes que obtengan los mejores puntajes, tendrán prelación en la escogencia del programa, el centro educativo y la institución prestadora de servicios de salud, en donde adelantar sus estudios. Esto sin perjuicio de lo consignado en el párrafo 2 del artículo 45 de la presente ley.

La exigencia de otros requisitos para la admisión a estos programas estará condicionada a reglamento que para el efecto expida el Ministerio de Educación Nacional en conjunto con el Ministerio de Salud.

Artículo 88 (Nuevo). En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a su circunstancia, la Superintendencia de Salud deberá sancionar administrativamente a los

representantes legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio público, como de las demás personas que contribuyeron a la misma.

Artículo 89 (Nuevo). Sin perjuicio de lo contenido en la presente norma, es deber del sistema general de salud velar por la efectiva rehabilitación y tratamiento adecuado de personas que consumen sustancias estupefacientes o psicotrópicas que exhiben un grado de dependencia acorde a los principios y procedimientos médicos pertinentes.

Artículo 90 (Nuevo). Con el objeto de armonizar la información contable para que sea útil en la toma de decisiones, en la planeación, ejecución y control; conciliación y balance del SGSSS, en el término de un año, la Contaduría General de la Nación, deberá expedir el Plan Único de Cuentas del SGSSS para que sea aplicado por todos los entes bajo su competencia.

Para los demás entes que no estén bajo su competencia, la Contaduría General de la Nación, acompañará a la Superintendencia de Salud, la Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia Financiera y demás entes competentes, para que en el mismo término de un año, presenten una propuesta a consideración del Gobierno Nacional acorde con el sistema de información contable exigible por la Contaduría General de la Nación, con el cual el Gobierno Nacional expedirá por decreto el Plan Único de Cuentas para las demás entidades.

Artículo 91 (Nuevo). Procedimiento para depuración y conciliación de cuentas. Además de los mecanismos voluntarios que sean ejecutados por las Instituciones Prestadoras de Salud, las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo anterior, los representantes legales de dichas instituciones y entidades, deberán someterse al siguiente procedimiento:

1. La Superintendencia Nacional de Salud realizará convocatorias públicas para depuración y conciliación de cuentas. A dichas convocatorias asistirán obligatoriamente los representantes legales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales que hayan sido convocados.

La inasistencia injustificada a las audiencias de depuración y conciliación de cuentas, será sancionada por la Superintendencia Nacional de Salud con multas personales de 10 SMLMV.

2. Los acuerdos logrados entre las partes convocadas deberán contar en actas separadas, con el detalle de los compromisos adquiridos y con el cronograma de cumplimiento acordado. El acta en la que conste el respectivo acuerdo prestará mérito ejecutivo y deberá registrarse en los estados financieros.
3. En aquellos casos en los que no se logre conciliación de cuentas la parte reclamante deberá iniciar, a más tardar dentro del mes siguiente a la respectiva audiencia, proceso jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud.
4. La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, podrá inadmitir aquellas solicitudes de depuración y conciliación de cuentas que se presenten sin los aportes requeridos. La corrección de la solicitud deberá presentarse a más tardar dentro de los 15 días hábiles siguientes al auto que inadmite. Vencido este término, se entenderá rechazada la solicitud y las respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales, deberán realizar el saneamiento contable de sus estados financieros, incluyendo las cuentas no conciliadas y rechazadas como cartera castigada por ausencia de soporte.

La Superintendencia Nacional de Salud emitirá, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley el instructivo de convocatorias para la depuración y conciliación de cuentas, con base en el procedimiento establecido en el presente artículo.

Parágrafo 1º. El anterior procedimiento será realizado bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de la responsabilidad que les asiste a los representantes legales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales, así como a sus revisores fiscales y contadores de atender adecuadamente las prácticas contables y reflejar en los estados financieros la realidad económica de las empresas.

Parágrafo 2º. Las Instituciones Prestadoras de Salud, las Entidades Promotoras de Salud y las entidades territoriales, tendrán la obligación de

reportar la información sobre la cartera o cuentas por pagar con la desagregación y en los términos que establezca el reglamento.

Artículo 92 (Nuevo). Procesos de liquidación de las Empresas Promotoras de Salud. En los procesos de liquidación forzosa administrativa de las EPS a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, se aplicará la siguiente prelación de créditos:

1. Deudas laborales
2. Deudas reconocidas como servicios de salud
3. Deudas de impuestos nacionales y municipales
4. Deudas con garantía prendaria o hipotecaria
5. Deuda quirografaria

Parágrafo 1º. El pasivo pensional se entiende como gastos de administración, y solo podrá iniciarse el pago de acreencias conforme a la anterior prelación una vez este se hubiere normalizado conforme a las normas vigentes en la materia.

Parágrafo 2º. Los recursos que se reciban, las entidades objeto de toma de posesión para liquidar, serán destinados a la salvaguarda del servicio de salud y al cumplimiento del proceso liquidatorio.

La prelación de pagos a que se refiere este artículo no podrá ser modificada por ninguna norma o acto que no sea de rango legal.

Artículo 93 (Nuevo). Uso de los recursos de excedentes del Sistema General de Participaciones. Los excedentes y saldos no comprometidos del Sistema General de Participaciones con destino a la prestación de servicios a la Población Pobre no Asegurada y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda a 31 de diciembre de 2013, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores o programas de saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores dichos saldos serán girados al Departamento para financiar las actividades definidas en el presente inciso.

El Gobierno Nacional definirá un porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud que se distribuyan para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, con destino a la financiación de los costos de la formalización laboral de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado, concurriendo con los demás recursos de las entidades territoriales y los demás que determine para tal efecto la Ley.

Vencido el término para el saneamiento de los aportes patronales a que hace referencia el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, las Administradoras de Pensiones tanto del Régimen de prima media con prestación definida, como de ahorro individual con solidaridad, las administradoras de cesantías, Entidades Promotoras de Salud y/o FOSYGA y las Administradoras de Riesgos Laborales; girarán los recursos no saneados al mecanismo de recaudo y giro previsto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se podrán destinar al saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud, privilegiando el pago de los pasivos laborales y/o al pago de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda que adeude la Entidad Territorial. Estos recursos se distribuirán según lo previsto en el numeral 2º del artículo 3º de la ley 1608 de 2013 entre los departamentos y distritos a quienes se efectuó asignación de recursos de aportes patronales en las vigencias anteriores a 2011. Los recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública, a través del mecanismo de recaudo y giro creado en virtud del artículo 31 de la ley 1438 de 2011.

Artículo 94 (Nuevo). Mecanismos de liquidez para las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud. Con el objeto de propiciar mecanismos de liquidez para el saneamiento de la cartera a 31 de diciembre de 2012, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se faculta al Gobierno Nacional para que a través de entidades públicas o mixtas del orden nacional realice operaciones de compra de cartera y otorgamiento de garantía, de acuerdo con las condiciones, requisitos, mecanismos de coordinación y seguimiento que determine el Gobierno Nacional.

Para estos efectos, el Gobierno Nacional presupuestará los recursos para que las entidades públicas o mixtas del orden nacional que este determine realicen las operaciones de que trata el inciso anterior. El cronograma y monto total de los recursos serán definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de manera progresiva a partir del año 2014, y deberán quedar previstos en el Marco Fiscal de Medio Plazo.

La entidad que el Gobierno Nacional faculte para ello deberá efectuar la compra a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por un valor con descuento, de acuerdo con la metodología que se desarrolle por la entidad con base en los criterios que defina el Gobierno Nacional, debiendo la Institución Prestadora de Servicios de Salud que accede a dicho mecanismo castigar en sus balances la diferencia. La cartera objeto de la operación deberá estar debidamente reconocida por el deudor. El título que soporte estas operaciones podrá ser la factura original o copia de la misma con el documento que suscriba la EPS en la cual reconozca la respectiva deuda.

Las operaciones de compra de cartera se podrán realizar a través de la constitución de patrimonios autónomos.

Los representantes legales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las cuales las Entidades Promotoras de Salud o las Entidades Territoriales les adeudan recursos por facturación por venta de servicios, podrán celebrar de manera directa acuerdo de transacción, conciliación o venta de cartera con descuento. El procedimiento y condiciones para la realización de estos acuerdos, se adelantará con sujeción a lo dispuesto en el reglamento que para este efecto expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1º. Para el caso de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo medio o alto, el mecanismo de liquidez previsto en el presente artículo será incluido como una fuente complementaria de recursos en el marco de los programas de saneamiento fiscal y financiero y de reestructuración de pasivos previstos en el artículo 8 de la ley 1608 de 2013.

Parágrafo 2º. En las operaciones de compra de cartera, la recuperación de los recursos que deban pagar las Entidades Promotoras de Salud se podrá realizar a través del descuento directo de los recursos que a cualquier título le reconozca el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la reglamentación que se defina para este efecto. Los recursos descontados a las EPS podrán girarse directamente por el FOSYGA o quien haga sus veces a las entidades que realicen estas operaciones.

Parágrafo 3. Los pagos o giros que se deriven de la aplicación del presente artículo, deberán registrarse inmediatamente en los estados financieros de los deudores y de

los acreedores. Los representantes legales, revisores fiscales y contadores serán responsables del cumplimiento de dichas obligaciones.

Artículo 95 (Nuevo). Condónese el saldo del capital e intereses de los recursos objeto de las operaciones de préstamo interfondos realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la facultad otorgada en los artículos 37 de la ley 1393 de 2010, 71 de la ley 1485 de 2011 y 68 de la ley 1593 de 2012, entre las subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – ECAT y la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga.

Autorícese al administrador del portafolio del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para adelantar los ajustes contables necesarios en virtud de la presente condonación.

Artículo 96 (Nuevo). Prohibición de afectación de activos. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud adelante actuaciones administrativas, medidas especiales o revocatorias de habilitación o autorización para funcionar, respecto de Entidades Promotoras de Salud, podrá ordenar la prohibición de venta, enajenación o cualquier tipo de afectación de sus activos.

Artículo 97 (Nuevo). Inspección, vigilancia y control de los Juegos de Suerte y Azar. La Superintendencia Nacional de Salud realizará la inspección, vigilancia y control de cumplimiento de la ley 643 de 2001, los reglamentos de las distintas modalidades de juegos de suerte y azar, el cumplimiento del margen de solvencia, así como llevar las estadísticas y recopilar la información relacionada con la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar.

Corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud establecer la ocurrencia de los eventos o situaciones en que las empresas que sean administradores u operadores de juegos de suerte y azar cuya explotación corresponda a las entidades territoriales, deban someterse a planes de desempeño para recobrar su viabilidad financiera e institucional o deben ser definitivamente liquidadas y para que la operación de un juego deba oponerse en cabeza de terceros.

El Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar fijará las condiciones, criterios y lineamientos de la operación que realizan las entidades administradoras y los operadores de los juegos de suerte y azar en el nivel territorial así como los que se

requieran para el desarrollo de sus demás funciones, para lo cual podrá solicitar a las entidades administradoras, concedentes, operadoras de juegos de suerte y azar de nivel territorial, Coljuegos y a la Superintendencia Nacional de Salud, la información que sea necesaria.

Artículo 98. 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 numeral 1** 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 12, 13, 15, 16, 25, 26, 27, 60, 61, 62, 63, 64, 100, 101 y 137 de la Ley 1438 de 2011; **los numerales 3, 7 y 8 del artículo 47 de la Ley 643 de 2001 modificado por el artículo 2 del Decreto Ley 4144 de 2011;** y el segundo inciso del artículo 229 del Decreto Ley 019 del 2012.

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

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido al artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar el texto definitivo aprobado en sesión Plenaria del Senado de la República los días 15 y 16 de Octubre de 2013, AL PROYECTO DE LEY No.210 DE 2013 SENADO Y SUS ACUMULADOS NÚMERO 233 DE 2013 Y 051 DE 2012 SENADO “POR MEDIO DE LA CUAL SE REDEFINE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”, y de esta manera continúe su trámite legal y reglamentario en la Honorable Cámara de Representantes.

JORGE BALLESTEROS BERNIER
Coordinador Ponente

EDINSON DELGADO RUIZ
Coordinador Ponente



GUILLERMO SANTOS MARÍN
Coordinador Ponente

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Coordinador Ponente

GABRIEL ZAPATA CORREA
Coordinador Ponente

MAURICIO ERNESTO OSPINA G.
Coordinador Ponente

CLAUDIA WILCHES SARMIENTO
Ponente

TERESITA GARCÍA ROMERO
Ponente

RODRIGO ROMERO HERNÁNDEZ
Ponente

LILIANA RENDÓN ROLDAN
Ponente

ASTRID SÁNCHEZ MONTES
Ponente

GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS
Ponente

GERMÁN CARLOSAMA LÓPEZ
Ponente

EL PRESENTE TEXTO FUE APROBADO EN PLENARIA DE SENADO LOS DÍAS 15 Y 16 DE OCTUBRE DE 2013 SEGÚN TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE CON MODIFICACIONES

GREGORIO ELJACH PACHECO
Secretario General

Elaborado por LVZ
Revisado por RLP

AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA