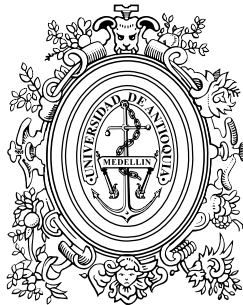


Iniciativas por la Salud Pública

Cartilla No. 2

Propuesta de un sistema de salud para Colombia



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

**Revista Facultad Nacional
de Salud Pública**

INICIATIVAS POR LA SALUD PÚBLICA

Propuesta de un sistema de salud para Colombia

ISSN 0120-386X

© Universidad de Antioquia

Alberto Uribe Correa

Rector

Álvaro Cardona

Decano

Javier Cobaleda

Vicedecano

Nora Adriana Montealegre

Jefa Departamento de Ciencias Básicas

Iván Felipe Muñoz

Jefe Departamento de Ciencias Específicas

Carlos Rojas

Jefe Centro de Investigación

Octavio Darío Gómez

Jefe de Centro de Extensión

Yolanda Lucía López

Asistente de planeación

Vilma Salazar

Jefa Servicios Administrativos y Generales

Diseño, diagramación e impresión

Editorial L. Vieco e hijas Ltda.

El contenido de esta propuesta es el resultado del aporte de miembros de la comunidad académica de la Facultad Nacional de Salud Pública. Se agradece a todos por sus colaboraciones.

Está prohibida la reproducción parcial o total de esta publicación con fines comerciales. Para utilizar información contenida en esta publicación, se debe citar la fuente.

Propuesta de un sistema de salud para Colombia

Fundamento conceptual de la propuesta:
La salud es un Derecho Humano Fundamental

Metodología propuesta: Concertación social cierta y eficaz

Dirigida a:

Gobierno Nacional
Ministerio de la Protección Social
Congreso de la República
Superintendencia Nacional de Salud
Instituto Nacional de Salud
Instituto de Vigilancia y Control de Medicamentos y Alimentos INVIMA
Secretarías Departamentales y Municipales de Salud
Procuraduría General de la República
Contraloría General de la Nación
Defensoría de Pueblo
Instituciones Académicas
Instituciones del sector salud
Centros de Investigación
Organizaciones de la Sociedad Civil
Organizaciones de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Medios de Comunicación
Oficina Regional de la OPS/OMS
Representación de la OPS/OMS en Colombia
Organismos Internacionales

Líderes de la propuesta:

Álvaro Cardona.
Decano. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia
Emmanuel Nieto.
Profesor Asistente. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.
Luz Mery Mejía.
Profesora Asistente. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia
Luís Eliseo Velásquez.
Ex vicedecano. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.
Eduardo Guerrero Espinel.
Consultor. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia.

PRESENTACIÓN

El proyecto *Bicentenario de Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud* preparado por un grupo de profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, ofrece algunos caminos alternativos para repensar las formas de gestión, organización, financiación, prestación de servicios y evaluación para asegurar el derecho fundamental a la salud de los colombianos. El Legislativo aprobó en enero del 2011 la Ley 1438 que reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Sin duda, esta Ley genera nuevas oportunidades para realizar un cambio sustancial al modelo de salud vigente incluyendo el proceso de planificación del sector salud.

Por otro lado, los hechos que sugieren corrupción de algunas EPS en los procesos de facturación, que las llevan a acumular ganancias indebidas, generan un alto grado de incertidumbre en la sociedad, lo cual obliga a las autoridades y a la sociedad en general a estar atentos al proceso de reglamentación de la nueva Ley 1438 y a otras intervenciones del Estado desde el ejecutivo, los organismos de vigilancia y control y de la sociedad civil para actuar protegiendo los recursos del sector salud y los intereses de los ciudadanos beneficiarios del sistema.

Es necesario recordar la coyuntura política caracterizada por la inconformidad del sector académico, de los profesionales y la sociedad civil rechazando en forma unánime el decreto 4975 del 2009 que declaraba la Emergencia Social en Salud. Esto sucedía al final del mandato constitucional del Presidente Álvaro Uribe y cuya intención reformadora fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional, impidiendo así una serie de cambios lesivos a los profesionales de la salud, a los derechos de los usuarios de la salud y favoreciendo intereses del sector privado. El Gobierno en ese momento logró hacer algunos ajustes financieros para reducir la crisis de flujo de fondos del sistema, déficit generado por un sistema de aseguramiento que no asume apropiadamente los riesgos y que mediante el artificio del cobro de servicios “No POS” ha producido grandes ganancias a las EPS.

La nueva administración del Presidente Juan Manuel Santos abrió la posibilidad de introducir reformas al sector salud promoviendo consultas para las iniciativas de Ley presentadas para reformar el Sistema de Seguridad Social en Salud. La Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y otros sectores de la sociedad colombiana durante el año 2010 tuvieron un papel activo presentando diversas alternativas para tal fin.

La propuesta de Ley que presentamos a consideración de la sociedad, denominada *Proyecto Bicentenario* se basa en: 1) principios para garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la construcción de un sistema de aseguramiento público universal; 2) reforzar la gobernabilidad afirmativa del Estado y 3) activar los procesos de gestión participativa del modelo de salud, basada en la atención primaria y en la conformación de redes integradas de salud.

Es necesario adicionalmente resaltar algunas características esenciales del articulado propuesto en el que se establece:

- a. La necesidad inaplazable de que el sistema de salud no se base solo en actividades asistenciales sino que refuerce las acciones de salud pública de prevención y promoción de la salud.
- b. La abogacía por las acciones intersectoriales relacionadas con los Determinantes Sociales de la Salud.
- c. Los procesos de participación social de los ciudadanos y la sociedad civil. El sistema de salud, fundamentado en modelos de mercado y en la competencia estructurada olvidó las buenas prácticas de orientar recursos hacia la consecución de metas sanitarias basadas en la salud pública y las reemplazó por los sistemas de contención de costos para negar servicios asistenciales de índole curativa y de esta manera garantizar el lucro de las EPS. El sistema perdió las acciones territoriales de salud pública fragmentando el cuidado de la salud. Lo llenó de un conjunto de trámites y autorizaciones colocando barreras de acceso que redujeron la capacidad de una respuesta oportuna, integral y de calidad del Sistema de Salud. El desmedido crecimiento de las tutelas judicializó el Sistema de Salud para defender los derechos de los usuarios, procedimiento incentivado por los diferentes actores, incluyendo las EPS para lograr por esta vía el respaldo jurídico para obtener el recurso del “agujero negro” del No POS. La propuesta de Ley expresa la necesidad de recuperar los principios rectores del Sistema y los postulados científicos y éticos del ejercicio de la salud pública en todo el territorio nacional.
- d. El desarrollo de Planes Decenales de Salud Pública; programas, acciones y actividades de salud pública, un modelo de atención integral de salud y el respeto por la integridad étnica y cultural. Los tres primeros incluidos y aprobados en la Ley 1438 del 2011. Estos temas, reforzados por la implantación de un sistema único de afiliación al sistema de aseguramiento público y apoyado por las futuras Empresas Administradoras de Salud (ENAPAS), que reemplazarían a las EPS, abrirían un espacio de oportunidad para transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas propuestas unidas a un sólido plan de financiamiento y de formación del talento humano podrían ser las bases de la construcción de un sistema de

salud más progresivo, inclusivo, y cercano a los intereses de los usuarios y al cumplimiento de metas sanitarias diferenciadas por regiones. Nótese que la Ley 1438 artículo 23 sobre gastos de administración para las Entidades Promotoras de Salud, fijó un valor que no supere el 10%. Este hecho coloca a las EPS como entidades administradoras de recursos de salud que no asumen riesgos económicos. Por lo tanto, hay que cuidar la reglamentación de la Ley 1438 para reducir al máximo el interés de las EPS en la generación de ganancias y ánimo de lucro. El uso de los recursos de la salud debe ser orientado por el sector público como ordenador del gasto, tal como es establecido en esta propuesta de Ley Bicentenario.

- e. El sistema único de aseguramiento público, el registro obligatorio de las personas al sistema, un solo sistema de afiliación, la portabilidad nacional y un plan único de beneficios generan la opción de lograr un sistema que reduzca las diferencias y desigualdades de acceso a los servicios de salud. Un grupo de analistas económicos afirman que el sistema de salud de Colombia cuenta con una masa de recursos cercana al 7.5% del PIB y una unidad de pago por capitación (UPC) cercana a \$ 501,621 pesos (US\$ 290) por año para cada colombiano (cifras para el año 2011). Es posible entonces recuperar la credibilidad de la sociedad en el sistema de salud si se reorganiza y se elimina el uso indebido de los recursos por los diferentes actores. Colombia avanzó en el crecimiento de los recursos financieros con el principio de la solidaridad. Este logro hay que mantenerlo. Ahora es necesario reducir los pasos de intermediación financiera para dar liquidez y solvencia a las redes integradas de servicios de salud basadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- f. Los cambios al sistema de financiamiento, el fortalecimiento del rol de los entes rectores del sistema a nivel nacional, departamental y municipal reforzando su acción con relación a las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y la afirmación de su liderazgo para la recuperación del sector público y para ordenar los gastos del sector salud cumpliendo metas de salud pública. Abogar y favorecer acciones intersectoriales para reducir los efectos de los determinantes sociales, prestar servicios de salud integral y con calidad y promover los procesos de participación social que generarían una profunda transformación del modelo de salud.
- g. Estructura organizativa del Ministerio de Salud. La propuesta Bicentenario presenta las funciones y competencias de un nuevo Ministerio de Salud Pública. Ente que tendrá la responsabilidad de garantizar la gobernabilidad del sistema propiciando la interacción democrática de todos los actores del sector para el logro de metas de salud pública y de ofrecer servicios de salud con calidad y eficiencia. De igual forma le correspondería incentivar

las acciones intersectoriales en relación a los determinantes de la salud, a la investigación, ciencia y tecnología; el cumplimiento de los acuerdos y tratados internacionales y el ejercicio de la política exterior y la diplomacia en salud para la acción internacional. Esta última acción diplomática lograría la unión de esfuerzos entre Estados para mejorar las intervenciones de salud pública que dependen de determinantes internacionales y globales de la salud tales como, el comercio, la migración, los modelos de desarrollo, la ciencia y tecnología, entre otros.

Finalmente, es necesario expresar que la Ley 1438 genera diferentes posiciones. Algunos quienes interponen acciones para declararla inconstitucional, otros que creen que el sistema está entregado 100% al capital privado y que el margen de maniobra para los cambios es escaso; otros reclaman la desaparición de las EPS. Los llamados reformadores también expresan la necesidad de trabajar en forma intensiva para recuperar la salud pública, implementar nuevos y dinámicos procesos de planificación y sistemas de información, así como las redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de la salud. Estos consideran además que Colombia vive un momento de inflexión por la crisis del sector en donde las EPS vienen perdiendo hace varios años legitimidad ante los ciudadanos y que se hace necesario trabajar por un sistema que garantice el derecho a la salud y reordene el rol de cada uno de los actores.

Sabemos de las contradicciones internas del gobierno, pero creemos que está en la sabiduría de todos los protagonistas revertir el modelo de salud del país y abrir paso para consolidar la visión de principios y valores que contribuya desde este importante sector del desarrollo a construir una sociedad más justa y equitativa, con respeto a la diversidad de opiniones, en una sociedad incluyente y democrática.

PROYECTO DE LEY

Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Congreso de Colombia, decreta

Artículo 1. Objeto. Esta ley tiene como objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud a fin de garantizar a toda la población del territorio colombiano el goce efectivo del derecho humano fundamental a la salud, a través del fortalecimiento de la salud pública, el cuidado integral de la salud, el aseguramiento público universal y de acuerdo con el fundamento jurídico político del Estado social de derecho consagrado en el artículo 1º de la Constitución Política de 1991. Así mismo, esta ley establece los mecanismos administrativos y financieros mediante los cuales el Estado colombiano logrará materializar de manera eficaz las finalidades del Estado consagradas en el artículo 366 y los demás preceptos constitucionales que propenden por la vida digna y el bienestar de todos los ciudadanos.

Capítulo I

De los fundamentos conceptuales y de los principios rectores del sistema general de seguridad social en salud

Artículo 2. Fundamentos conceptuales. El Sistema General de Seguridad Social en Salud articulará y estructurará sus instrumentos administrativos de tal manera que su desarrollo y consolidación atienda a los siguientes fundamentos conceptuales:

a) La protección de la salud y de la vida es un derecho humano fundamental. Para todos los efectos legales y reglamentarios y de acuerdo con la Constitución Política, la protección de la salud y de la vida es un derecho humano fundamental, inherente a la dignidad de las personas, independiente de su condición económica, de sus creencias religiosas, de sus convicciones políticas, de sus características étnicas, de género o de cualquiera otras circunstancia derivada de su inserción en la sociedad.

El derecho humano fundamental a la salud estará protegido y garantizado por todos los principios y las garantías que a nivel internacional cobijan tal derecho y que hacen parte de la constitucionalidad o que lleguen a ser parte de estos. El Estado colombiano promoverá los pactos y convenios internacionales que

permitan la reducción de riesgos derivados de procesos de carácter mundial y promoverá las oportunidades y condiciones para favorecer la salud pública y la protección y cuidado de la salud y de la vida de todas las personas en el territorio nacional.

b) La gobernabilidad afirmativa es una responsabilidad indeclinable del Estado para garantizar el derecho humano fundamental a la salud y la vida. La gobernabilidad afirmativa del Estado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud consiste en la acción sistemática, continuada e indelegable que el Estado debe ejercer a través de los instrumentos establecidos por la Constitución Política, a fin de garantizar en nombre de toda la sociedad la rectoría del sistema y de esa manera dar cumplimiento eficaz al postulado de que la protección de la salud y la vida es un derecho humano fundamental.

La gobernabilidad afirmativa del Estado se materializa en la asunción directa de las responsabilidades de definir y desarrollar políticas públicas en salud, dirigir los procesos administrativos y técnicos necesarios para implementar adecuadamente las políticas públicas definidas, ejercer la regulación de la actuación de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, asesorar y vigilar el desarrollo de las políticas públicas en salud en todos los niveles territoriales e imponer las sanciones que sean necesarias a quienes infrinjan las disposiciones legales establecidas.

c) La protección y cuidado de la salud y la vida no se reduce a las actividades asistenciales. La protección y cuidado de la salud y la vida contempla un amplio rango de decisiones de políticas públicas y de actividades, que incluye: i) la intervención sobre los Determinantes Sociales, Económicos y Medio-ambientales de la salud y del bienestar; ii) las políticas públicas y las actividades de promoción de la salud; iii) las políticas públicas y las actividades de prevención y detección temprana de las enfermedades; iv) las políticas públicas y las actividades de tratamiento oportuno de las enfermedades; v) las políticas públicas y las actividades de rehabilitación de las secuelas de las enfermedades y para la mejor adecuación a la vida social de quienes las padecen.

Lo anterior significa que la adecuada protección y cuidado de la salud y de la vida no puede circunscribirse exclusivamente al ofrecimiento de actividades asistenciales para intervenir sobre las enfermedades ya causadas, sino que es preciso fortalecer el conjunto de políticas y actividades indicadas atrás, que propenden por prevenir y/o retrasar la aparición de enfermedades y buscar la mayor cantidad de años de vida saludables en las personas.

d) El Sistema General de Seguridad Social en Salud se desarrollará de acuerdo con los postulados científicos de la salud pública y otras disciplinas científicas. El Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá acogerse a los conocimientos acumulados como resultados de los procesos de investigación que en el mundo y en el país se realizan en los campos disciplinares de la salud pública y de otras disciplinas científicas de la salud y de las ciencias sociales y humanas que concurren con sus conocimientos a la protección y cuidado de la salud y la vida de las personas. Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional promover el desarrollo científico de esas disciplinas e incorporar juiciosamente sus aportes de conocimiento para el propósito de garantizar el derecho humano fundamental a la salud.

Artículo 3. Principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el derecho humano fundamental a la protección de la salud y la vida los siguientes:

- a. *Equidad:* todas las personas recibirán el beneficio de las políticas y actividades orientadas a garantizar el derecho humano fundamental a la salud de acuerdo con las necesidades específicas de cada persona y sin que en ello interfiera ninguna circunstancia de diferenciación en razón de su condición económica, género, etnia, creencia religiosa o de otro tipo.
- b. *Universalidad:* todas las personas residentes en Colombia estarán cobijadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las características que para el sistema se definen en artículos posteriores.
- c. *Continuidad:* el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la continuidad del conjunto de prestaciones de salud pública y de protección a la salud y en ningún caso se podrán determinar acciones ni medidas regresivas que vulneren el derecho humano fundamental a la salud y la vida.
- d. *Integralidad:* el Sistema General de Seguridad Social en Salud dispondrá los mecanismos administrativos, financieros, científicos y técnicos requeridos para intervenir directa e indirectamente sobre las condiciones que ponen en riesgo y/o afectan la salud y calidad de vida de las personas, en los ámbitos social, comunitario, familiar y personal.
- e. *Solidaridad:* el Sistema General de Seguridad Social en Salud se basa en el concepto de que todos los miembros de la sociedad económicamente activos aportan parte de su esfuerzo productivo para garantizar la protección de la salud y la vida de quienes por razón de su edad o de sus condiciones de salud no se desempeñan productivamente. Del mismo modo que las personas con mayor capacidad económica aportan parte de

sus recursos para financiar la protección de la salud y la vida de quienes disponen de menor capacidad económica.

- f. *Intersectorialidad*: la protección de la salud y la vida de todas las personas, familias y comunidades requiere del esfuerzo coordinado de los diversos sectores de la actividad social (educativo, financiero, laboral, agrícola, industrial, comercial, político, comunitario, cultural) para que las actividades propias de cada sector se orienten sinérgicamente a intervenir positivamente sobre los determinantes de la salud y a evitar que las acciones propias de cada sector pongan en riesgo la salud y la vida de las personas.
- g. *Pertinencia*: todas las políticas, estrategias, acciones, servicios e intervenciones que se emprendan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud deben ser funcionales y correspondientes al propósito de proteger la salud y la vida de las personas, de acuerdo con los mejores niveles de eficiencia posibles en el uso de los recursos financieros, humanos y tecnológicos.
- h. *Participación y concertación*: el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe incorporar en todas las etapas del proceso de toma de decisiones la participación de los diferentes actores y la búsqueda de acuerdos que diriman democráticamente y con fundamento en el interés general, los intereses contrapuestos que puedan presentarse.
- i. *Calidad técnica y humana de los servicios*: todos los procesos administrativos y los servicios que el Sistema General de Seguridad Social en Salud deba disponer para la protección de la salud y la vida de las personas tendrán que realizarse con óptima calidad y oportunidad guardando absoluto respeto por la dignidad de las personas que demanden atención.
- j. *Corresponsabilidad*: la protección de la salud y la vida en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud compromete el esfuerzo de todas las personas, todas las familias, todos los grupos sociales y todas las instituciones, que deberán estimular el autocuidado de la salud, la conservación de ambientes saludables, la protección de los recursos financieros y técnicos del sistema, el acceso oportuno a los servicios asistenciales en caso de necesidad, así como la adecuada rehabilitación e incorporación a la actividad social y laboral de los enfermos y/o discapacitados.
- k. *Aceptabilidad*: para proteger la salud y la vida de todos los habitantes del territorio nacional, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará el respeto a la diversidad étnica y cultural en la formulación de políticas públicas, el desarrollo del talento humano en salud, la elaboración de Planes Decenales de Salud e implementación de los modelos de atención basados en la Atención Primaria Integral de la Salud.

Capítulo II

Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 4. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

- 1. Planes decenales de salud pública.** En el marco del Sistema General de Seguridad Social se establecerán Planes Decenales de Salud Pública, que contemplarán metas de mejoramiento de las condiciones de salud de la población y de intervención sobre los Determinantes de la Salud, así como las respectivas estrategias para su logro. Estos planes serán elaborados por el Consejo Intersectorial Nacional de Salud Pública, con la coordinación y liderazgo del Ministerio de Salud Pública y que deberán ser a cogidos por todas las entidades que constituyen los diversos sectores de la actividad del país
- 2. Programas, acciones y actividades de salud pública.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado estratégicamente por los Planes Decenales de Salud Pública que deberán definirse a partir de la vigencia de esta Ley por el Consejo Intersectorial Nacional de Salud Pública, cuya composición y funciones se señalan en un artículo posterior. Cada Plan Decenal de Salud Pública deberá establecer, además de las metas de salud y de desarrollo de los instrumentos asistenciales necesarios para garantizar la protección y cuidado de la salud y la vida, las grandes líneas estratégicas para el desarrollo de programas, acciones y actividades de salud pública que impacten positivamente sobre los determinantes sociales de la salud.

Los Planes Decenales de Salud Pública deberán definir las orientaciones generales para el financiamiento con presupuesto público de los programas, acciones y actividades de salud pública, cuya ejecución por parte de las entidades rectoras del nivel nacional, departamental y municipal, será definida técnicamente por el Ministerio de Salud Pública.

- 3. Modelo de atención primaria integral de la salud.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverá un modelo de atención primaria integral de la salud que articule los recursos del Estado y de la sociedad a fin de acercar los servicios de salud y las acciones e intervenciones en salud pública a la población, facilitar los procesos de participación y acción intersectorial y lograr el mayor nivel posible de salud y bienestar.

- 4. Respeto por la diversidad étnica y cultural.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará el respeto por la diversidad étnica y

cultural de los habitantes del territorio nacional, lo cual implica la inclusión de políticas y programas que respondan a las necesidades en salud de los pueblos y comunidades indígenas, afrodescendientes, gitanos y raizales entre otros, así como su participación en las decisiones de política pública en salud y en el diseño y organización de los modelos de atención en salud, con enfoque de interculturalidad.

5. Sistema único de aseguramiento público. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estructurará un sistema único de aseguramiento público, obligatorio para todas las personas residentes en el país, independiente del tipo de relación laboral de las personas que habitan el territorio nacional.

6. Registro obligatorio de todas las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Todas las personas deberán registrarse al Sistema General de Seguridad Social en salud en su respectivo municipio de residencia. El registro individual se hará de manera que los integrantes de una misma familia queden agrupados para propósitos del sistema de información y de vigilancia epidemiológica.

7. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá un solo tipo de afiliados. A partir de la vigencia de esta ley, en el país existirá un solo tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Todos los afiliados gozarán de los mismos derechos y recibirán las atenciones previstas en esta ley para el cuidado y protección de la salud y de la vida en igualdad de condiciones. Por lo tanto, dejarán de existir los diferentes regímenes (contributivo, subsidiado, especiales y exceptuados) que definió la Ley 100 de 1993 y las modificaciones posteriores.

8. Plan único de beneficios asistenciales y de prevención de enfermedades. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, todas las personas tendrán derecho a plan único de beneficios asistenciales y de prevención de enfermedades, al que podrá accederse sin distinguos de ningún tipo, de acuerdo con la normatividad que se establezca para garantizar el uso racional y eficiente de los recursos del sistema. Este plan único de beneficios no podrá ser inferior en contenidos a los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo vigente a diciembre de 2009, y de todas maneras deberá ser actualizado cada año por el Ministerio de Salud Pública de tal manera que responda a los requerimientos del cumplimiento eficaz de la salud como derecho humano fundamental.

9. Portabilidad del derecho a los servicios del plan único de beneficios asistenciales y de prevención de enfermedades. Se garantiza a todas las personas residentes en el territorio colombiano la prestación de servicios de

salud en cualquier parte del país mediante el acceso a la Red Integrada de Servicios de Salud. El Estado establecerá los mecanismos para facilitar las respectivas compensaciones internas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y entre entidades a fin de cumplir con este principio.

10. Dirección y regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud será dirigido y regulado por el Estado a través de Ministerio de Salud Pública, con el concurso a nivel de cada departamento y cada municipio del país de las respectivas Secretarías Departamentales de Salud Pública y Secretarías Municipales de Salud Pública.

11. Vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud será ejercida por el Estado a través del Ministerio de Salud Pública, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA y las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud Pública de acuerdo con las competencias que se definan para cada una de estas instancias.

12. Financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud concurrirán los recursos provenientes de los aportes de empleadores y trabajadores y los recursos fiscales previstos en la normatividad vigente: contribución sobre nómina de trabajadores independientes, jubilados o pensionados, empleadores y trabajadores dependientes; participación de los entes territoriales en el Sistema General de Participaciones con destinación específica a salud; recursos de las Cajas de Compensación Familiar; impuestos al porte de armas, municiones y explosivos; un porcentaje del valor de las primas recaudadas por las compañías aseguradoras de accidentes de tránsito; impuesto a la explotación petrolera de Cusiana y Cupiagua; impuestos cedidos a los departamentos con destinación específica a salud por concepto de venta de licores, venta de cervezas y recursos del arbitrio rentístico del monopolio de juegos de suerte y azar manejados por ETESA en liquidación; recursos del esfuerzo propio de los entes territoriales; las apropiaciones provenientes del Ministerio de Salud Pública; los aportes del presupuesto general de la Nación; los rendimientos financieros generados por la administración fiduciaria de estos recursos.

El Ministerio de Salud Pública implementará los mecanismos pertinentes para evitar la evasión y elusión de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud en que pudieran incurrir los ciudadanos obligados a cotizar y/o con capacidad de contribuir al Sistema.

13. Administración y gestión de los recursos financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Créase el Fondo Nacional de Salud Pública y de Prestación de Servicios de Salud (FONSAPRES), como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud Pública que reemplazará al FOSYGA y que tendrá la responsabilidad de administrar los recursos provenientes de las diferentes fuentes para la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El FONSAPRES será administrado mediante encargo fiduciario y manejará los recursos asignados para garantizar la prestación de servicios del Plan Único de Beneficios Asistenciales y Prevención de Enfermedades, así como los destinados a la atención de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, en correspondencia con los lineamientos estratégicos de los Planes Decenales de Salud Pública.

El FONSAPRES transferirá los recursos necesarios para que cada departamento garantice a todos los habitantes de su territorio el acceso a los servicios de salud del Plan Único de Beneficios Asistenciales y de Prevención de Enfermedades. Estos recursos se calcularán de acuerdo al volumen de su población multiplicado por un valor per cápita, cuya estructura será definido según parámetros demográficos y epidemiológicos por el Ministerio de Salud Pública, como entidad rectora del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con los recursos asignados a cada departamento, la Secretaría Departamental de Salud respectiva contratará con las Redes Integradas de Servicios de Salud públicas y privadas la prestación de los servicios del Plan Único de Beneficios Asistenciales y de Prevención de Enfermedades.

Los recursos del Sistema General de Participación destinados a la promoción de la salud, serán transferidos directamente a los municipios para su ejecución a través de la respectiva Secretaría Municipal de Salud Pública.

14. Administración y gestión de los recursos financieros asignados a cada departamento para garantizar la protección y cuidado de la salud y la vida de sus habitantes. La administración y gestión de los recursos financieros correspondientes a la protección de la salud y la vida de los habitantes de cada departamento, se realizará a través de sociedades fiduciarias creadas para tal fin, denominadas Entidades Administradoras de Aportes para Salud (ENAPAS) que hayan resultado favorecidas en el proceso de licitación pública que desarrollará para estos efectos las Secretarías Departamentales de Salud Pública correspondientes.

Los recursos asignados por la normatividad vigente a la cofinanciación del aseguramiento para departamentos y municipios, entre ellos los recursos que

para el efecto prevé el Sistema General de Participaciones, serán trasladados directamente a las ENAPAS por parte del FONSAPRES.

Las Empresas Promotoras de Salud EPS podrán constituirse en Entidades Administradoras de Aportes para Salud. El Ministerio de Salud Pública estimulará la constitución de ENAPAS de carácter público, mixto y del sector solidario.

El recaudo de los aportes de empleadores y trabajadores para el Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará en cada departamento por la ENAPAS que haya resultado seleccionada en el proceso licitatorio.

Las ENAPAS garantizarán los pagos oportunos estipulados en los contratos que suscriban las Secretarías Departamentales de Salud Pública con las instituciones de la Red Integrada de Servicios de Salud de su territorio. Estos pagos serán ordenados por la Secretaría correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud efectuará la vigilancia y control respectivo.

Las ENAPAS podrán desarrollar la labor de pagos de los contratos de salud y la recaudación de los aportes de los trabajadores independientes y de los empleadores y trabajadores dependientes, mediante contratos que permitan utilizar la red de oficinas de las instituciones bancarias y los intermediarios financieros que tienen presencia en los municipios del correspondiente ente departamental.

15. Pago a las ENAPAS por el recaudo de los aportes de empleadores y trabajadores y por la administración y gestión de los recursos del sistema de seguridad social en cada departamento. El pago a las Entidades Administradoras de Aportes para Salud (ENAPAS) por sus actividades de recaudo de los aportes de trabajadores y empleadores y por la administración y gestión de los recursos asignados a cada departamento para garantizar la protección de la salud y la vida de sus habitantes, se hará mediante el mecanismo de pago por administración de acuerdo con los parámetros que defina el Ministerio de Salud Pública para el proceso licitatorio en el marco del concepto de precios justos.

16. Fortalecimiento de la red pública de servicios de salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará todos los mecanismos necesarios para fortalecer, planificar, ordenar y desarrollar la oferta de servicios de salud en todo el país, con participación de instituciones públicas y privadas. El Estado destinará los recursos necesarios para que la red pública de servicios de salud se consolide y se proyecte para responder adecuadamente a las necesidades en salud de la población en el ámbito territorial correspondiente.

Para este fin los Planes Decenales de Salud deberán incluir orientaciones sobre el porcentaje del presupuesto nacional que será destinado a los Departamentos y Municipios del país para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria y garantizar la atención integral de las personas, aún en aquellos casos en los que no haya rentabilidad financiera de los servicios.

17. Prestación de los servicios de salud a través de redes departamentales y subregionales de instituciones prestadoras de servicios de salud. La gestión de los servicios contemplados en el Plan Único de Beneficios Asistenciales y de Prevención de Enfermedades del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de Redes Integradas de Servicios de Salud de carácter departamental y subregional, con participación de instituciones públicas y privadas. Las redes subregionales se podrán constituir a través de asociaciones entre diferentes municipios promoviendo la complementariedad de servicios. A nivel de las ciudades se promoverá la constitución de redes integradas de servicios por localidades, comunas u otra división territorial propia del municipio que permita una cobertura poblacional y garantice eficiencia y efectividad.

18. Responsabilidad de los programas, acciones y actividades de salud pública por parte de las secretarías departamentales y municipales de salud pública. Las Secretarías Departamentales y las Secretarías Municipales de Salud Pública serán responsables de garantizar el desarrollo de los programas, acciones y actividades de salud pública que se deriven de cada Plan Decenal de Salud Pública, coordinándose entre ellas y vinculando las demás entidades y sectores del desarrollo social que sea preciso, de acuerdo con normatividad que establecerá el Ministerio de Salud Pública.

19. Los afiliados al sistema general de seguridad social en salud no harán pagos compartidos ni cuotas moderadoras. Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud no harán ningún tipo de pago compartido ni de cuota moderadora para acceder a los beneficios del Plan Único de Beneficios Asistenciales y de Prevención de Enfermedades o a los programas, acciones y actividades de Salud Pública.

20. Prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud mantendrá sin modificaciones el régimen de prestaciones económicas para aquellas personas que hacen aportes económicos al sistema en razón de su vinculación al mundo laboral mediante contrato de trabajo o como trabajadores independientes.

21. Entidades de medicina prepagada. Las Entidades de medicina prepagada están facultadas para ofrecer a la población planes y seguros

de salud privados regulados y vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud. Las entidades de medicina prepagada o aseguradoras del sector privado, estarán sometidas a las reglas del mercado en su propósito de ofrecer las distintas modalidades de planes de medicina prepagada que demanden los ciudadanos residentes en el país. Toda persona que adquiera alguna de esas pólizas de salud privadas, deberá estar cotizando al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

22. Articulación de actores. El Ministerio de Salud Pública garantizará la organización y funcionamiento del seguro público universal de salud articulando sus actuaciones en las instancias de dirección, vigilancia, control, con los entes territoriales, el FONSAPRES, las ENAPAS, las Redes Integradas de Servicios de Salud, las organizaciones sociales, de las entidades de medicina prepagada y otros actores relevantes.

Capítulo III

El modelo de atención primaria integral en salud

Artículo 5. Propósitos del modelo de Atención Primaria Integral en Salud. El modelo de Atención Primaria Integral en Salud responderá de manera efectiva a:

- La Garantía de la universalidad del derecho a la salud.
- Garantía de la equidad en el acceso efectivo al sistema de salud.
- Implementación de políticas públicas que involucren a todos los sectores sociales y productivos del desarrollo nacional.
- Conformación de redes integradas de servicios entre todos los niveles de atención.
- Ejercicio de un liderazgo participativo bajo la dirección del Estado.
- Atención integral en salud de las personas de acuerdo a sus condiciones específicas de salud.

Artículo 6. Inserción de la Atención Primaria Integral en Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los valores, principios y elementos de la Atención Primaria Integral en Salud se insertarán en todos los mecanismos de organización y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en todos los niveles de gestión territoriales.

Artículo 7. La prestación de los servicios de salud en el modelo de Atención Primaria Integral de la Salud. La prestación de servicios de salud que contempla esta Ley estará fundamentada en la Atención Primaria Integral de la Salud con enfoque de ciclo vital, familiar y comunitario y en la perspectiva del desarrollo humano integral. Este modelo de prestación de

servicios promoverá la interacción de las instituciones de todos los niveles de atención en salud y otras instituciones sociales para garantizar la calidad, la continuidad en la atención y el uso racional de los recursos del sistema para lograr el más alto nivel posible de salud.

Artículo 8. La Participación Social y la acción intersectorial en el modelo de Atención Primaria Integral de la Salud. El modelo de Atención Primaria Integral en Salud generará espacios y mecanismos para la gestión y participación social y comunitaria que permita la adecuada intervención de individuos, familias y comunidades, de acuerdo con sus necesidades y expectativas en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud impulsará todas las acciones intersectoriales en los niveles local, departamental y nacional, necesarias para que la población alcance el mayor nivel posible de salud y bienestar, fundamentado en los valores de solidaridad y equidad. Se promoverá la participación activa de las comunidades indígenas, afro descendientes, gitanos y raizales entre otros, en los procesos de concertación y de acción intersectorial en salud.

Artículo 9. El desarrollo de talento humano para el modelo de Atención Primaria Integral de la Salud. El Ministerio de Salud Pública establecerá un plan de desarrollo de talento humano para implementar el modelo de Atención Primaria Integral de la Salud en todos los niveles de atención. Para fortalecer el primer contacto entre los ciudadanos y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, este plan contemplará prioritariamente la formación y los estímulos necesarios para la conformación de equipos de salud familiar y comunitaria a nivel territorial.

Artículo 10. Asesoría del Ministerio de Salud Pública para el desarrollo del modelo de atención primaria integral de la salud. El Ministerio de Salud Pública orientará y asesorará a las entidades territoriales para que todos los servicios de salud incorporen los valores, principios y elementos de la atención primaria integral en salud con el propósito de alcanzar un mayor equilibrio entre los objetivos de acceso universal a los servicios de salud, equidad, resultados de los planes territoriales de salud y la eficiencia en el uso de los recursos.

Capítulo IV

Estructura organizativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 11. La estructura organizativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará constituida por las siguientes instancias e instituciones:

1. Instancia de planeación y rectoría. La instancia de planeación y rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará constituida por los siguientes organismos en el nivel territorial que se indica:

- a. Nivel Nacional:
 - Consejo Intersectorial Nacional de Salud Pública
 - Ministerio de Salud Pública y Entidades Adscritas
- b. Nivel Departamental:
 - Consejos Intersectoriales Departamentales de Salud Pública.
 - Secretarías Departamentales de Salud Pública
- c. Nivel Municipal:
 - Consejos Intersectoriales Municipales de Salud Pública
 - Secretarías Municipales de Salud Pública

Instancia de control y vigilancia. La instancia de control y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará constituida por los siguientes organismos en el nivel territorial que se indica:

- a. Nivel Nacional:
 - Superintendencia Nacional de Salud
 - Instituto Nacional de Vigilancia en Medicamentos y Alimentos INVIMA
 - Instituto Nacional de salud
- b. Nivel Departamental:
 - Comisión permanente de la Superintendencia Nacional de Salud
 - Red de controladores (Contraloría, Procuraduría, Defensoría, Fiscalía,)
 - Las Secretarías Departamentales de Salud)
 - Nivel Municipal:
 - Red de controladores (Contraloría, Procuraduría, Defensoría, Fiscalía y veedurías ciudadanas)
 - Las Secretarías Municipales de Salud)

Instancias de gestión del plan único de beneficios asistenciales y prevención de enfermedades y de los programas, acciones y actividades de salud pública. Las instancias de gestión serán las siguientes:

- a. Nivel Nacional:
 - Ministerio de Salud Pública
 - FONSAPRES
 - Instituto Nacional de Salud Pública
 - Instituto Nacional de Vigilancia en Medicamentos y Alimentos INVIMA
 - Consejo Nacional Intersectorial de Salud Pública
- b. Nivel Departamental:

- Secretarías Departamentales de Salud Pública
 - ENAPAS
 - Redes Integradas de Servicios de Salud
 - Consejo Departamental Intersectorial de Salud Pública
- c. Nivel Municipal:
- Secretarías Municipales de Salud Pública
 - Redes Integradas de Servicios de Salud
 - Consejo Municipal Intersectorial de Salud Pública

Capítulo V

Consejos intersectoriales nacional, departamentales y municipales de salud pública

Artículo 12. De la acción intersectorial por la salud a nivel nacional. Para efectos del desarrollo de políticas públicas generadoras de salud se conformará un Consejo Nacional Intersectorial de Salud Pública al cual se vincularán los organismos integrantes del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) y otras instituciones públicas y de la sociedad civil que contribuyan a la salud y al desarrollo humano integral según reglamentación que se expida. Este Consejo definirá y aprobará los Planes Decenales de Salud Pública que proyecten el logro de metas en las condiciones de salud de la población y en los indicadores de intervención sobre los determinantes sociales de salud. Además este Consejo deberá hacer seguimiento del cumplimiento que los distintos sectores del país hagan de los lineamientos definidos en dichos planes.

Artículo 13. De la acción intersectorial por la salud a nivel departamental y municipal. Para efectos del desarrollo de políticas públicas generadoras de salud se conformarán consejos departamentales y municipales intersectoriales de salud pública a los cuales se vincularán las instituciones públicas y de la sociedad civil que contribuyan a la salud y al desarrollo humano integral según reglamentación que se expida. Estos Consejos definirán y aprobarán los Planes Decenales de Salud Pública Departamentales y Municipales que proyecten el logro de metas en las condiciones de salud de la población y en los indicadores de intervención sobre los Determinantes sociales de salud. Además estos Consejos deberán hacer seguimiento del cumplimiento que los distintos sectores de los departamentos y los municipios hagan de los lineamientos definidos en dichos planes.

En los Consejos Departamentales y Municipales Intersectoriales de Salud Pública deberán concurrir los diferentes actores del sistema en esos niveles

y fundamentalmente las organizaciones de usuarios y de la sociedad civil, para hacer efectiva la participación social en la definición, conducción e implementación de las políticas de salud para garantizar el derecho humano fundamental a la salud con efectivos criterios de calidad y equidad. Estos Consejos, deben constituirse además en espacios de concertación de políticas de salud y articuladoras de las actuaciones de los organismos de dirección, control y vigilancia del sistema de salud,

Capítulo VI

Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas

Artículo 14. Créase el Ministerio de Salud Pública, que tendrá a cargo las siguientes funciones fundamentales:

- Ejercer la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Reglamentar, en el marco de sus competencias, las normas para regular la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Regular la oferta pública y privada de los servicios de salud de acuerdo con el modelo de Atención Primaria Integral de la Salud.
- Liderar la elaboración de los Planes Decenales de Salud Pública por parte del Consejo Intersectorial Nacional de Salud Pública.
- Coordinar las acciones de vigilancia epidemiológica y ambiental, incluyendo los determinantes sociales de la salud.
- Fortalecer los procesos de garantía de calidad de servicios en forma directa y con otras instituciones adscritas.
- Promover la investigación, la ciencia y la tecnología para favorecer los programas, acciones y actividades de la salud pública y la prestación de servicios de Salud.
- Coordinar en forma directa y con otras instancias del Estado la respuesta oportuna a emergencias y desastres, incluyendo las acciones de prevención y mitigación de riesgos.
- Coordinar con el Ministerio de Relaciones Exteriores y otras instancias internacionales los tratados y acuerdos internacionales que inciden en la salud y los determinantes sociales de la salud.
- Promover e incentivar los procesos de participación y promoción social para contribuir a la construcción de espacios y hábitos saludables.
- Estimular las políticas de desarrollo del talento humano en salud con énfasis en atención primaria integral.

- Establecer las políticas relacionadas con la evaluación de tecnologías, medicamentos e insumos en coordinación con los organismos adscritos al Ministerio para ese efecto.
- Supervisar todos los niveles e instituciones adscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Coordinar con los niveles departamentales y municipales todas las acciones relacionadas con las funciones antes descritas.

Artículo 15. El Ministerio de Salud Pública tendrá en su estructura organizativa los siguientes dos Viceministerios:

Viceministerio de Promoción de la Salud: este Viceministerio articulará el trabajo técnico intersectorial en relación a los determinantes internacionales y nacionales de la salud. Contará con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y la red de laboratorios de salud pública del país, entre otros, para el desarrollo de los programas, acciones y actividades.

Viceministerio de Prevención y Atención de Enfermedades: este Viceministerio articulará el trabajo técnico para el desarrollo de los planes, programas e intervenciones de prevención y atención de enfermedades de todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Velará por el fortalecimiento y articulación de las instituciones de prestación de servicios de salud. Contará con el apoyo de la red de institutos especializados, como el Instituto de Cancerología y otros.

Capítulo VII

Secretarías departamentales y municipales de salud pública

Artículo 16. Transfórmese en cada departamento y municipio la respectiva Secretaría y/o Dirección Territorial de Salud en Secretarías Departamentales de Salud Pública y Secretarías Municipales de Salud Pública, de manera que puedan cumplir en sus respectivos territorios las funciones establecidas en la presente ley.

Artículo 17. Para llevar a cabo los propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los niveles departamental y municipal, se fortalecerá la capacidad de gestión de las Secretarías de Salud Pública en dichos niveles, mediante el recurso humano en salud pública calificado y suficiente y la readequación de procesos técnicos y administrativos a fin de garantizar el derecho humano fundamental a la salud de los habitantes en cada territorio. Las Direcciones Departamentales de Salud estarán dotadas de los mejores mecanis-

mos para desarrollar, en coordinación con la Superintendencia de Salud, una labor efectiva de vigilancia y control del sistema en el nivel territorial.

Artículo 18. Las Secretarías Departamentales de Salud Pública tendrán entre otras las siguientes funciones:

- Garantizar el acceso a los servicios de salud en el marco del modelo de Atención Primaria Integral de la Salud, propiciando al máximo posible la eliminación y reducción de barreras de carácter geográfico, económico, cultural y administrativas.
- Fortalecer la red pública de prestación de servicios de salud en el respectivo nivel territorial.
- Fomentar las políticas hacia la promoción y la prevención de la enfermedad, situando a la salud pública como eje conceptual par a la obtención de mejoras de salud para la comunidad.
- Centrar los servicios asistenciales y de salud pública en las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades para garantizar la atención con calidad, oportunidad, dignidad y respeto a las diferencias de género, étnicas y culturales.
- Fomentar una organización integrada que coopere y que permita superar los problemas de coordinación entre niveles asistenciales.
- Impulsar la mejora de la eficiencia y del uso adecuado de recursos como garantía de sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Estimular los procesos de mejora de la seguridad y la calidad de las intervenciones en salud.
- Fomentar la investigación, la innovación, la incorporación y uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- Propiciar adecuadas condiciones de trabajo y de vinculación laboral de los trabajadores de la salud.

Capítulo VIII

Vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 19. La Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Vigilancia en Medicamentos y Alimentos (INVIMA) se ratifican como los organismos responsables de ejercer la vigilancia y el control del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con lo definido en la normatividad vigente. Estos organismos harán los ajustes necesarios para cumplir cabalmente esta función, de acuerdo con el principio

de gobernabilidad afirmativa del Estado y demás principios y fundamentos conceptuales del Sistema que se establecen en esta ley.

Artículo 20. A fin de garantizar eficacia y prontitud en el cumplimiento de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud constituirá delegaciones permanentes con asiento en las ciudades capitales de cada uno de los departamentos del país y establecerá la reglamentación pertinente para el eficaz desempeño de las funciones que le atañen.

Capítulo IX

El plan único de beneficios asistenciales y de prevención de enfermedades

Artículo 21. A partir de la vigencia de la presente Ley, todos los residentes en el territorio colombiano gozarán de los beneficios del Plan Único de Beneficios Asistenciales y de Prevención de Enfermedades, que será definido por el Ministerio de Salud Pública y en ningún caso podrá ser inferior a los contenidos del Plan de Beneficios del régimen contributivo vigente al mes de diciembre de 2009.

Artículo 22. La prestación de procedimientos, actividades y medicamentos no incluidos en el Plan Único de Beneficios Asistenciales y de Prevención de Enfermedades se hará de acuerdo con el concepto emitido por los Comités ético-científicos que se integrarán en cada uno de los departamentos del país, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud Pública, garantizando que existan los comités ético-científicos por grupos de especialidades médico-quirúrgicas pertinentes a las condiciones de cada departamento.

Artículo 23. El Ministerio de Salud Pública establecerá las condiciones que deben cumplir los integrantes de los comités ético-científicos, a fin de garantizar los niveles óptimos de conocimiento científico y de integridad ética de dichos comités.

Artículo 24. Los conceptos emitidos para cada caso puesto a consideración de los comités ético-científicos estarán ceñidos estrictamente a consideraciones técnico-científicas de pertinencia, oportunidad e impacto sobre la condición de salud de las personas y a consideraciones de ética profesional. De ninguna manera estarán interferidos por consideraciones exclusivamente económicas o por prejuicios étnicos, sociales, de género o de cualquier otro tipo.

Capítulo X

El sistema de información en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 25. El Ministerio de Salud Pública definirá y regulará el Sistema Nacional de Información en Salud que permita captar, registrar, recolectar, procesar y analizar información en salud para las acciones y decisiones pertinentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 26. Todos los prestadores de servicios de salud públicos y privados, habilitados en el territorio nacional, tendrán la obligación de cumplir oportunamente y con calidad los requerimientos del sistema nacional de información en salud en los términos que defina el Ministerio de Salud Pública para los fines de análisis de situación de salud, de investigación y vigilancia en salud pública. La información deberá reportarse a la Secretaría de Salud Municipal y esta a su vez a la Secretaría Departamental de Salud Pública.

Artículo 27: Las ENAPAS tendrán la obligación de reportar a la Secretaría Departamental de Salud, al Ministerio de Salud Pública y a la Superintendencia Nacional de Salud la información económica, financiera y de afiliación de la población cotizante, para los fines de control, vigilancia y demás procesos de planificación y regulación del Sistema.

Artículo 28: Las Secretarías Departamentales y Municipales tendrán la obligación de procesar y analizar la información en salud para la planificación y toma de decisiones pertinentes a los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud en su respectivo territorio.

Artículo 29. El Sistema Nacional de Información en Salud estará disponible para los procesos de investigación en salud pública propuestos por las instituciones académicas y centros de investigación. Las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud Pública facilitarán el acceso de información para los procesos participativos de planificación en salud.

Capítulo XI

Gestión social del conocimiento

Artículo 30. Promoción de la investigación, la ciencia y tecnología en salud: El Ministerio de Salud Pública, el INS y COLCIENCIAS garantizarán los recursos e incentivos para estimular la conformación de una red académica

de investigación en ciencia y tecnología para el estudio y evaluación de tecnologías aplicadas a la salud en términos de su estructura, especificaciones, uso, calidad, efectividad y costo beneficio.

Se estimularán los procesos de producción nacional e incorporación de innovaciones para la producción y compra de insumos estratégicos para la salud pública en armonía con las iniciativas regionales y subregionales.

Se establecerán intervenciones que estimulen la información básica para los profesionales y usuarios sobre el uso racional de tecnologías, insumos y medicamentos.

Capítulo XII

La cooperación internacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Artículo 31. El Ministerio de Salud Pública conjuntamente con el Ministerio de Relaciones Exteriores y otras instancias nacionales pertinentes, trabajará y velará por el cumplimiento de acuerdos y tratados internacionales encaminados a proteger el derecho humano fundamental a la salud, a promover la acción intersectorial nacional e internacional para intervenir los determinantes internacionales de la salud que afectan el cumplimiento de metas nacionales e internacionales en salud. Se promoverá en los organismos de integración como el Organismo Andino de Salud (ORAS), la Unión de Naciones Suramericanas UNASUR, en los organismos multilaterales y en las cumbres presidenciales la firma de acuerdos y tratados inherentes al cuidado integral de la salud y la vida. De igual forma se hará abogacía para que las condiciones de intercambio comercial sean aprobadas bajo la lente de sus efectos positivos para la salud pública y del comercio justo.

Medellín, 03 de junio de 2011



ANEXO 1

LEY 1438 de 2011

El gobierno nacional sancionó el 19 de enero de 2011 la Ley 1438 la cual adopta importantes modificaciones a la ley 100 de 1993.

Por tratarse de un documento de interés general y que frente a los retos que la crisis derivada de las denuncias públicas sobre actos de corrupción en la gestión de los recursos del sistema de salud, consideramos que el texto de esta ley es un punto de partida importante para los debates y acciones de reforma que la sociedad considere pertinente para definir los rumbos del sistema hacia el logro de metas de bienestar social.

LEY 1438 de 2011

(Enero 19)

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Título I

Disposiciones generales

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

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

Artículo 2°. *Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del

usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

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

- 2.1 Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.
- 2.2 Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.
- 2.3 Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.
- 2.4 Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.
- 2.5 Acceso efectivo a los servicios de salud.

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

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

Artículo 3º. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

- 3.1 Universalidad:** el Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
- 3.2 Solidaridad:** es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.
- 3.3 Igualdad:** el acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por

razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 Obligatoriedad: la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

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

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

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

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

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

3.10 Participación social: es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

3.11 Progresividad: es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

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

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

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

3.15 Descentralización administrativa: en la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 Complementariedad y concurrencia: se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

3.18 Irrenunciabilidad: el derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

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

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

3.21 Continuidad: Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

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

Artículo 5°. *Competencias de los distintos niveles de la Administración*

Pública. Adicionar al artículo 42 de la Ley 715 de 2001 los siguientes numerales:

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

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

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

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

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales.

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

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

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

Adicionar al artículo 43 y 44 de la Ley 715 de 2001 los siguientes numerales:

43.3.10. Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel departamental y distrital.

44.3.7. Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel municipal.

Título II

Salud pública, promoción y prevención y atención primaria en salud

Capítulo I Salud Pública

Artículo 6°. *Plan Decenal para la Salud Pública.* El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluír las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.

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

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

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

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

Parágrafo 1°. Para los efectos de coordinación créase una Comisión Intersectorial de Salud Pública que se reunirá cada seis (6) meses para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, la cual informará al CONPES.

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

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

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

- 9.1 El Observatorio Nacional de Salud será el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial. Los resultados y tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema.
- 9.2 Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia. Dichas variables e indicadores podrán desagregarse por sexo, edad, región, raza y etnia.
- 9.3 Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.
- 9.4 Realizar directa o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.
- 9.5 Fortalecer el Sistema de Información Epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.
- 9.6 Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.
- 9.7 Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, o a la entidad que haga sus veces.
- 9.8 Presentar reportes a las Comisiones Séptimas Conjuntas, de Cámara y Senado, antes de finalizar cada legislatura sobre todas las evaluaciones periódicas que realizaren.

Capítulo II

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

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

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

Parágrafo. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las Entidades

Promotoras de Salud, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo.

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

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

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

Las redes articuladas por los municipios y la Entidades Promotoras de Salud en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán

habilitadas por las entidades departamentales o distritales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social.

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

El Gobierno reglamentará la inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, que estarán orientados a generar una cultura en salud de autocuidado en toda la población.

Parágrafo transitorio. Hasta tanto se verifiquen las condiciones de habilitación de las redes, la contratación de las acciones colectivas de salud pública y las de promoción y prevención, continuará ejecutándose de acuerdo con las normas vigentes a la promulgación de la presente ley.

Capítulo III

Atención primaria en salud

Artículo 12. *De la atención primaria en salud.* Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

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

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

Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático

como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos.

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

- 13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.
- 13.2 Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- 13.3 Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
- 13.4 Cultura del autocuidado.
- 13.5 Orientación individual, familiar y comunitaria.
- 13.6 Atención integral, integrada y continua.
- 13.7 Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
- 13.8 Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.
- 13.9 Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad.
- 13.10 Participación activa de la comunidad.
- 13.11 Enfoque territorial.

Artículo 14. *Fortalecimiento de los servicios de baja complejidad.* El Gobierno Nacional formulará la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.

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

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

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

- 16.1 Realizar el diagnóstico familiar, de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.
- 16.2 Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo, raza y etnia.
- 16.3 Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
- 16.4 Promover la afiliación al sistema, la identificación plena de las familias, de manera que al identificar una persona no afiliada al sistema se inicie el trámite de afiliación para que puedan acceder a los servicios de protección social.
- 16.5 Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública.
- 16.6 Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- 16.7 Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.

Título III

Atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia

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

La Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces definirá y actualizará esta parte especial y diferenciada cada dos años, que contemple

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

Artículo 18. *Servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas certificadas.* Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2.

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

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

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

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

Título IV

Aseguramiento

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 22. *Portabilidad nacional.* Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

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

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

Artículo 23. *Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud.* El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación.

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Tampoco lo podrá hacer el Régimen Subsidiado.

Parágrafo transitorio. Lo previsto en este artículo se reglamentará para que el porcentaje máximo de administración entre a regir a más tardar el primero de enero de 2013. El Gobierno Nacional contará con seis (6) meses para hacer las revisiones necesarias con base en estudios técnicos sobre el porcentaje máximo señalado en el presente artículo y podría realizar las modificaciones del caso. Hasta tanto no se defina el Régimen Subsidiado seguirá manejando el 8%.

Artículo 24. *Requisitos del funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud.* El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para que las Entidades Promotoras de Salud tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de

solvencia, la capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada.

Artículo 25. *Actualización del Plan de Beneficios.* El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

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

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

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

Artículo 26. *Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud.* Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

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

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

Artículo 27. *Creación de la Junta Técnica-Científica de pares.* La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el Plan de Beneficios, negada o aceptada por el

Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud; la junta técnica científica de pares tendrá un término de siete (7) días calendario para emitir el concepto respectivo. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.

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

Artículo 28. *Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas.* El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.

Capítulo II

Administración del régimen subsidiado

Artículo 29. *Administración del Régimen Subsidiado.* Los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.

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

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

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

Artículo 30. *Aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente.* El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento.

Artículo 31. *Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del Régimen Subsidiado.* El Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones y los recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. En el caso del esfuerzo propio territorial el mecanismo financiero se podrá contratar con el sistema financiero y/o los Institutos de Fomento y Desarrollo Regional (INFIS).

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

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

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

Parágrafo 2°. Los costos y gastos de la administración, apoyo técnico, auditoría y la remuneración necesaria para financiar el mecanismo previsto en el presente artículo, se pagarán con cargo a los rendimientos financieros

de estos o con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, si los primeros no son suficientes.

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo III

Universalización del aseguramiento

Artículo 32. *Universalización del aseguramiento.* Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.

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

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

32.2 Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud.

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

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

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

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

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

Artículo 33. *Presunción de capacidad de pago y de ingresos.* Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, están obligados a afiliarse al Régimen Contributivo o podrán ser afiliados oficiosamente:

33.1 Las personas naturales declarantes del impuesto de renta y complementarios, impuesto a las ventas e impuesto de industria y comercio.

33.2 Quienes tengan certificados de ingresos y retenciones que reflejen el ingreso establecido para pertenecer al Régimen Contributivo.

33.3 Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el Gobierno Nacional.

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

El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas. En caso de existir diferencias entre los valores declarados ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados.

Artículo 34. *Subsidio parcial a la cotización.* Las personas elegibles al subsidio parcial a la cotización no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo

legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%, o aporte equivalente de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al Régimen Subsidiado o al Régimen Contributivo en cuyo caso no incluirá prestaciones económicas. Este subsidio será el 67% de la cotización o del aporte equivalente con cargo a los recursos de la subcuenta de Compensación del Fosyga en el caso de los afiliados al Régimen Contributivo y de la subcuenta de Solidaridad en el caso del Subsidiado. El 33% de la cotización o aporte equivalente deberá ser pagado previamente por el afiliado.

Artículo 35. *Permanencia en el Régimen Subsidiado.* Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en este cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.

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

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

Artículo 36. *Planes de beneficios parciales.* Al unificar los planes de beneficios no podrán existir planes de beneficios parciales.

Capítulo IV

Planes voluntarios de salud

Artículo 37. *Planes Voluntarios de Salud.* Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

“Artículo 169. *Planes Voluntarios de Salud.* Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por

el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

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

Tales Planes podrán ser:

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

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

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

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

Artículo 38. *Aprobación de planes voluntarios de salud.* La aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual registrará los planes, en un plazo no superior a treinta (30) días calendario y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 39. *Creación de planes voluntarios y seguros de salud.* El Gobierno Nacional estimulará la creación, diseño, autorización y operación de planes voluntarios y seguros de salud tanto individuales como colectivos.

Artículo 40. *Coberturas.* Los Planes Voluntarios de Salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

Artículo 41. *Protección al usuario.* Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias a l tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

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

Título V

Financiamiento

Artículo 42. *Financiación de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención.* Las acciones de salud pública, promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se financiarán con:

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

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

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

42.4 Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.

42.5 Los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.

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

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

42.8 Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

Artículo 43. *Recursos del Fondo de Riesgos Profesionales para Prevención y Promoción.* Adiciónese un literal d), modifíquese el párrafo y créese un párrafo transitorio al artículo 22 de la Ley 776 de 2002, así:

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

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

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

Artículo 44. *Recursos para aseguramiento*. El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:

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

1) De las entidades territoriales

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, se destinarán al Régimen Subsidiado partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se destinará a financiar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eficiencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes financieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.
2. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.
3. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no

podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

4. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.
5. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del Régimen Subsidiado.

2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)

1. Uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.
2. El monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
3. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado.
4. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley.
5. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

3. Otros

1. Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.
2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.
3. Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.

Artículo 45. *Distribución de los recursos de la cotización del régimen contributivo.* El Ministerio de la Protección Social definirá hasta el uno punto cinco (1.5) de la cotización, previsto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, que se destinarán a la financiación de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga.

Artículo 46. *Recursos de las Cajas de Compensación Familiar.* Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución parafiscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las

Cajas de Compensación Familiar, a atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la unificación de los Planes de Beneficios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento.

Parágrafo 1°. La asignación prevista en el presente artículo, conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, no podrá afectar el cálculo de los recursos que las Cajas de Compensación Familiar deben apropiar para los Fondos para el Subsidio Familiar de Vivienda (FOVIS) y para los programas de infancia y adolescencia.

Parágrafo 2°. Los recursos del cuarto de punto porcentual (1/4) de la contribución parafiscal que trata el presente artículo serán administrados directamente por las Cajas de Compensación Familiar y harán parte de las deducciones previstas en el parágrafo del artículo 217 la Ley 100 de 1993.

Artículo 47. *Seguro de salud por desempleo.* Modifíquense los artículos 10 y 11 de la Ley 789 de 2002, los cuales quedarán así:

“Artículo 10. Régimen de apoyo para desempleados con vinculación anterior a las Cajas de Compensación Familiar. Los Jefes cabeza de Hogar y prioritariamente las mujeres que tengan esa condición, que se encuentren en situación de desempleo luego de haber estado vinculados al sistema de Cajas de Compensación Familiar no menos de 1 año dentro de los tres años anteriores a la solicitud de apoyo, tendrán derecho con cargo a los recursos del Fondo para el Fomento del Empleo y la protección del desempleo de que trata el artículo 6° de la presente ley a los siguientes beneficios, por una sola vez y hasta que se agoten los recursos del Fondo. La reglamentación establecerá los plazos y condiciones a partir de los cuales se reconocerá este subsidio:

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

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

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

Artículo 48. Impuesto social a las armas y municiones. Modifíquese el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará de la siguiente manera:

“*Artículo 224. Impuesto social a las armas y municiones.* A partir del 1° de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de este. El recaudo de este impuesto se destinará al fondo de solidaridad previsto en el artículo 221 de esta ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 30% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad valorem* con una tasa del 20%. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos: el Plan de Beneficios, los beneficiarios y los procedimientos necesarios para su operación.

Parágrafo. Se exceptúan de este impuesto las armas de fuego y municiones y explosivos que posean las Fuerzas Armadas y de Policía y las entidades de seguridad del Estado”.

Artículo 49. Recursos destinados para el Régimen Subsidiado por departamentos, distritos y municipios. Los montos de recursos que las entidades territoriales venían aportando para financiar la salud en su territorio no podrán disminuir salvo que se acredite, ante el Ministerio de la Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población o por insuficiencia financiera.

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

Parágrafo. A más tardar el primero de enero de 2012, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) cancelará las obligaciones a su cargo causadas a la fecha de expedición de la presente ley y que cumpla con los requisitos definidos para estos efectos.

Artículo 50. *Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET)*. Créase el Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.

Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para evitar la intervención o liquidación.

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

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

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

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

Artículo 51. *Retención en la fuente de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud.* Establézcase un sistema de retención en la fuente de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y establézcanse los instrumentos para realizar la retención en la fuente para el pago de la cotización en seguridad social en salud, de las personas naturales y empresas unipersonales o sociedades por acciones simplificada, como mecanismo que evite la evasión y la elusión, tomando como base los conceptos constitutivos vigentes del Ingreso Base de Cotización. El agente retenedor girará los recursos al encargado del recaudo de los aportes, de conformidad con el reglamento.

La retención en la fuente prevista en el presente artículo se podrá extender a los demás aportes del sistema de seguridad social.

Título VI

De la prestación de servicios de salud

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 52. *Contratación por capitación.* Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los prestadores de servicios de salud:

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

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

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

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

Artículo 53. *Prohibición de limitaciones al acceso.* Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas

que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

Artículo 54. *Restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas de la violencia.* La prestación de los servicios de salud física y mental para todas las mujeres víctimas de la violencia física o sexual, que estén certificados por la autoridad competente, no generará cobro por concepto de cuotas moderadoras, copagos u otros pagos para el acceso sin importar el régimen de afiliación. La atención por eventos de violencia física o sexual será integral, y los servicios serán prestados hasta que se certifique medicamente la recuperación de las víctimas.

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

Artículo 55. *Multas por inasistencia en las citas médicas.* Entrada en vigencia esta ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas, para lo cual el Ministerio de la Protección Social diseñará un mecanismo idóneo para su respectivo cumplimiento, esto es ser sancionado pedagógicamente, mediante método de recursos capacitación que deberán ser diseñados por las Entidades Promotoras de Salud para tal fin.

Artículo 56. *Pagos a los prestadores de servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.

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

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

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

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

Artículo 57. *Trámite de glosas.* Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

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

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

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

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

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

Artículo 58. *Habilitación de prestadores de servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán contar con las condiciones necesarias para

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

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

Artículo 59. *Operación con terceros.* Las Empresas Sociales del Estado podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos, previa verificación de las condiciones de habilitación conforme al sistema obligatorio de garantía en calidad.

Capítulo II

Redes integradas de servicios de salud

Artículo 60. *Definición de redes integradas de servicios de salud.* Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

Artículo 61. *De las redes integradas de servicios de salud.* La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

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

Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.

Artículo 62. *Conformación de redes integradas de servicios de salud.* Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

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

Artículo 63. *Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud.* La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:

- 63.1 Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
- 63.2 Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.
- 63.3 Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.
- 63.4 Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.
- 63.5 Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.

- 63.6 Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.
- 63.7 Red de transporte y comunicaciones.
- 63.8 Acción intersectorial efectiva.
- 63.9 Esquemas de participación social amplia.
- 63.10 Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.
- 63.11 Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- 63.12 Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.
- 63.13 Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Artículo 64. *Articulación de las redes integradas.* La articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud; en el caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscará que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo, teniendo como objetivos y componentes:

- 64.1 La identificación de la población a atender y la determinación del riesgo en salud.
- 64.2 La identificación de factores de riesgo y factores protectores.
- 64.3 Consenso en torno a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- 64.4 Consenso en torno al modelo de atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población.
- 64.5 El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.
- 64.6 La articulación de la oferta de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles, en el espacio poblacional determinado.

- 64.7 La garantía de un punto de primer contacto, que serán los equipos básicos de salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos.
- 64.8 La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información.
- 64.9 Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.
- 64.10 La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia.

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

Artículo 65. *Atención integral en salud mental.* Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental.

Artículo 66. *Atención integral en salud a discapacitados.* Las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud del discapacitado, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud del Ministerio de la Protección Social.

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

El Ministerio de la Protección Social reglamentará, en el transcurso de un año (1) a partir de la vigencia de la presente ley, el desarrollo y operación del sistema de emergencias médicas, que garantice la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con sus

competencias, incluyendo los casos en los que deberá contarse con personal con entrenamiento básico donde haya alta afluencia de público. Para la operación del sistema se podrán utilizar recursos del programa institucional de fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.

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

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

Capítulo III

Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y empresas sociales del estado

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo 1º. Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad tendrán un periodo de dos (2) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado en más de dos ocasiones. En los municipios de 6ª categoría, los representantes de los usuarios y los empleados públicos tendrán un periodo de 4 años.

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

Parágrafo 3º. Cuando en una sesión de Junta Directiva exista empate para la toma de decisiones, el mismo se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva.

Artículo 71. *Inhabilidades e incompatibilidades.* Los miembros de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado no podrán ser representante legal, miembros de los organismos directivos, directores, socios, o administradores de entidades del sector salud, ni tener participación en el capital de estas en forma directa o a través de su cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil o participar a través de interpuesta persona, excepto alcaldes y gobernadores, siempre y cuando la vinculación de estos últimos a la entidad del sector salud obedezca a la participación del ente territorial al que representa. Esta inhabilidad regirá hasta por un año después de la dejación del cargo.

Artículo 72. *Elección y evaluación de Directores o Gerentes de Hospitales.* La Junta Directiva de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad,

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

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

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

- 73.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la Junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.
- 73.2 La Junta Directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.
- 73.3 El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.
- 73.4 En caso de que la Junta Directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá a probado.

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

- 74.1 El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado del orden territorial deberá presentar a la Junta Directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.
- 74.2 La Junta Directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.
- 74.3 Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la Junta Directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.
- 74.4 La decisión de la Junta Directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.
- 74.5 Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la Junta Directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.
- 74.6 La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Artículo 75. *Metodología de reporte de ingresos, gastos y costos de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.* El Ministerio de la Protección Social en un término no superior a un año establecerá la metodología para la clasificación y reporte de los ingresos que incluirá la cartera total, los gastos y los costos de las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, teniendo en cuenta las condiciones que pueden afectar las estructuras de costos. Con base en esta infor-

mación se construirán razones de costo y gasto que deberán hacer parte de los planes de gestión para evaluar la gestión de los gerentes y de los indicadores de desempeño de las instituciones.

Parágrafo transitorio. Las ESE tendrán un periodo de un año para ajustarse y reportar los indicadores antes definidos.

Artículo 76. *Eficiencia y transparencia en contratación, adquisiciones y compras de las Empresas Sociales del Estado.* Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la Junta Directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

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

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

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

Artículo 78. *Pasivo prestacional de las Empresas Sociales del Estado e instituciones del sector salud.* En concordancia con el artículo 242 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 61, 62 y 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito público y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y cancelarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las instituciones del sector salud públicas causadas al finalizar la vigencia de 1993 con cargo a los mayores recursos del monopolio de juegos de suerte y azar y del fondo pensional que se crea en el Proyecto de Ley de Regalías.

Parágrafo. Concédase el plazo mínimo de dos (2) años, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para que las entidades territoriales y los

hospitales públicos le suministren al Ministerio de Hacienda y Crédito Público la información que le permita suscribir los convenios de concurrencia y emitan los bonos de valor constante respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima.

Con esto se cumplirá con las Leyes 60 y 100 de 1993 y 715 de 2001 que viabilizan el pago de esta deuda que no es responsabilidad de las ESE, pues ellas no tenían vida jurídica antes de diciembre de 1993. En ese entonces eran financiados y administrados por los departamentos y el Gobierno Nacional.

Artículo 79. Financiación de la prestación del servicio en zonas alejadas. Se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia.

Artículo 80. Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiero, a partir de sus indicadores financieros, sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud establecida en la presente ley.

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

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

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

Artículo 81. Adopción de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días

calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

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

Artículo 82. *Incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal.* Si con la implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero, la Empresa Social del Estado en riesgo alto no logra categorizarse en riesgo medio en los términos definidos en la presente ley, deberá adoptar una o más de las siguientes medidas:

82.1 Acuerdos de reestructuración de pasivos.

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

82.3 Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

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

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

Artículo 83. *Recursos de crédito para el rediseño, modernización y reorganización de los hospitales de la red pública para desarrollo de las redes territoriales de prestación de servicios de salud.* Para la ejecución de los créditos condonables de que trata el parágrafo 3° d el artículo 54 de la Ley 715 de 2001, la Nación y las entidades territoriales concurrirán, bajo la modalidad de préstamos condonables, en el financiamiento de los procesos de rediseño, modernización y reorganización de Instituciones Prestadoras de Salud Públicas, mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias, que como mínimo garanticen, por parte de la entidad hospitalaria, su sostenibilidad durante diez (10) años, mediante el equilibrio financiero, eficiencia en la prestación de los servicios y su articulación en red.

La asignación de estos recursos de crédito por el Gobierno Nacional permitirá que las Instituciones Prestadoras de Salud públicas puedan participar del

proceso de conformación de redes territoriales de servicios de salud para poder desarrollar la política de Atención Primaria en Salud. Dicha asignación se regirá por los principios de proporcionalidad y equidad territoriales.

Artículo 84. *Saneamiento de pasivos.* Con el fin de facilitar los procesos de saneamiento de pasivos, las Empresas Sociales del Estado que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero en virtud de lo dispuesto en la presente ley, que tengan suscrito o suscriban programas o convenios de desempeño en virtud de lo establecido en la Ley 715 de 2001 o estén intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, podrán iniciar simultáneamente o en cualquier momento durante la vigencia de los mismos, la promoción de acuerdos de reestructuración de pasivos de que tratan las Leyes 550 de 1999 y 1116 de 2006 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 85. *Saneamiento de aportes patronales.* Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a compensar o el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, según corresponda, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de pensiones tanto del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, como las de ahorro individual con solidaridad y las administradoras de cesantías, incluido el Fondo Nacional de Ahorro, que hubieren recibido o que tengan en su poder recursos por concepto de aportes patronales del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones para Salud, las direcciones territoriales de salud, las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, contarán con doce (12) meses, para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales con el procedimiento que determine el Ministerio de la Protección Social. En este proceso de saneamiento podrán concurrir recursos de ambas fuentes.

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

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

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

Capítulo IV

Medicamentos, insumos y dispositivos médicos

Artículo 86. *Política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos.* El Ministerio de la Protección Social definirá la política farmacéutica, de insumos y dispositivos médicos a nivel nacional y en su implementación, establecerá y desarrollará mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos, insumos y dispositivos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 87. *Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMD).* En adelante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos de que trata el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, se denominará Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

Artículo 88. *Negociación de medicamentos, insumos y dispositivos.* El Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos, insumos y dispositivos.

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

Artículo 89. *Garantía de la calidad de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.* El Invima garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos que se comercialicen en el país de acuerdo con los estándares internacionales de calidad, reglamentación que hará el Gobierno Nacional.

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

Artículo 90. *Garantía de la competencia.* El Gobierno Nacional deberá garantizar la competencia efectiva para la producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, insumos y dispositivos médicos podrá realizar o autorizar la importación paralela de estos, establecer límites al gasto y adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos, insumos y dispositivos médicos de buena calidad a precios accesibles.

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

Artículo 91. *Codificación de insumos y dispositivos médicos.* El Ministerio de la Protección Social, expedirá en un plazo máximo de 6 meses, la norma que permita la codificación de los insumos y dispositivos médicos a los cuales el Invima haya otorgado registro sanitario y los que en el futuro autorice.

Capítulo V

Instituto de evaluación tecnológica en salud

Artículo 92. *Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.* Autorícese al Ministerio de la Protección Social la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina, esta entidad será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios, sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités Científicos y la Junta Técnico Científico y para los prestadores de los servicios de salud.

Artículo 93. *Objetivos del Instituto de Evaluación Tecnológica e n Salud.* Son objetivos del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud:

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

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

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

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

93.5 Difundir las metodologías empleadas y la información producida.

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

Artículo 94. *Referentes basados en evidencia científica.* Son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud, basados en evidencia científica. Incluyen principalmente las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención sea de calidad, segura y costo-efectiva.

Artículo 95. *De los protocolos de atención.* La autoridad competente desarrollará como referentes basados en evidencia científica protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Para su elaboración se consultará a los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

Artículo 96. *De las guías de atención.* La autoridad competente desarrollará como referentes basados en evidencia científica guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Las guías médicas serán desarrolladas por la autoridad competente en coordinación con los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

Capítulo VI

Talento Humano

Artículo 97. *De la política de Talento Humano.* El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones

del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

Artículo 98. *De la formación continua del Talento Humano en Salud.* El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios. Concurrirán para este efecto las entidades territoriales, las sociedades científicas, los centros de formación, superior y media y los empleadores. Artículo 99. *De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud.* Modifícase el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

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

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

Artículo 100. *Hospitales universitarios.* El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión.

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

- 100.1 Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- 100.2 Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.
- 100.3 Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación, a prestación de los servicios asistenciales.
- 100.4 Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.
- 100.5 Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.
- 100.6 Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.
- 100.7 Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.

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

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

Artículo 101. *De la formación de especialistas del área de la salud.* Modifícase el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionándole los siguientes incisos.

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

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

Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia servicio

y, en todo caso, deberán corresponder a cargos empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud.

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

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

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

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

Artículo 102. *Matrículas de residentes.* El Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional establecerán las pautas para la supervisión coordinada a las instituciones de educación superior en lo referente al costo de las matrículas de los residentes de programas de especialización clínica.

Artículo 103. *Contratación del personal misional permanente.* El personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que

hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.

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

Artículo 104. *Autorregulación profesional*. Modificase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“Artículo 26. *Acto propio de los profesionales de la salud*. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario”.

Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

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

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

Artículo 105. *Autonomía profesional*. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

Artículo 106. *Prohibición de prebendas o dádivas a trabajadores en el sector de la salud.* Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

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

Capítulo VII

Calidad y sistemas de información

Artículo 107. *Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.* En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Dicho plan contendrá como mínimo:

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

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

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

Artículo 108. *Indicadores en salud.* El Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores de salud, tales como indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y de las Instituciones Prestadoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores.

Artículo 109. *Obligatoriedad de audiencias públicas de Entidades Promotoras de Salud y Empresas Sociales del Estado.* Todas las Entidades Promotoras de Salud y Empresas Sociales del Estado del sector salud y las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, tienen la obligación de realizar audiencias públicas, por lo menos una vez al año, con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión. Para ello deberán presentar sus indicadores en salud, gestión financiera, satisfacción de usuarios y administración.

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

Artículo 110. *Informe del estado actual de las Entidades Promotoras de Salud.* El Gobierno Nacional y la Superintendencia Nacional de Salud, en procura del proceso de transparencia y de publicidad en los servicios, sesenta días (60) después de entrada en vigencia la presente ley, deberán presentar un informe del estado actual de las Entidades Promotoras de Salud donde se dará a conocer aspectos, en relación con al cumplimiento de los giros a los prestadores, recaudo y cumplimiento del Plan de Beneficios.

Artículo 111. *Sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud.* Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1°) de marzo de

cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

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

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

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

Artículo 112. *Articulación del Sistema de Información.* El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información.

Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el Sisbén y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras, dicha articulación deberá estar implementada antes del 31 de diciembre de 2012.

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

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

Artículo 113. *Sistema de Información Integrado del Sector Salud.* El Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC).

Artículo 114. *Obligación de reportar.* Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales

de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.

Artículo 115. *Indicadores de salud sobre niños, niñas y adolescentes.* Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán presentar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud información detallada sobre el estado de salud de los menores de edad afiliados.

Artículo 116. *Sanciones por la no provisión de información.* Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.

Artículo 117. *Análisis de condiciones de mercado a nivel regional.* El Gobierno Nacional realizará análisis periódicos de las condiciones de competencia en el mercado de aseguradores y prestadores, así como de las tarifas de prestación de servicios, a nivel territorial.

Título VII

Inspección, vigilancia y control

Artículo 118. *Desconcentración.* Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud se desconcentrará y adicionalmente podrá delegar sus funciones a nivel departamental o distrital.

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

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

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

La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar la facultad sancionatoria para que las entidades del nivel departamental o distrital surtan la primera instancia de los procesos que se adelanten a las entidades e instituciones que presten sus servicios dentro del territorio de su competencia.

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

Artículo 119. *Recursos para fortalecer las funciones de inspección vigilancia y control.* Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se destinarán a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, por primera vez, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Los recursos del régimen subsidiado destinados por los municipios y distritos a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección vigilancia y control en las entidades territoriales, se incrementarán del 0.2% al 0.4%, que serán descontados de los recursos que del Sistema General de Participaciones para Salud se destinen a los subsidios a la demanda o de los recursos de la subcuenta de Solidaridad del Fosyga, según la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

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

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

Artículo 120. *Recursos por multas.* Las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud serán apropiadas en el Presupuesto General de la Nación como recursos adicionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 121. *Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.* Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

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

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

121.3 Los prestadores de servicios de salud público s, privados o mixtos.

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

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

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

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

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

Artículo 122. *Presentación de informes financieros de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Para la vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, y otros actores del sistema

deberán presentar los estados financieros consolidados del grupo económico, incluyendo todas las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 123. *Control a los deberes de los empleadores y otras personas obligadas a cotizar.* La Unidad Administrativa de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), verificará el cumplimiento de los deberes de los empleadores y otras personas obligadas a cotizar, en relación con el pago de las cotizaciones a la seguridad social.

La Unidad Administrativa de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 204 y 210 de la Ley 100 de 1993 por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Artículo 124. *Eje de acciones y medidas especiales.* El numeral 5 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, quedará así:

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

Artículo 125. *Cesación provisional.* El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar de manera inmediata, a la entidad competente, la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes o el destino de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

Artículo 126. *Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Adiciónense los literales e), f) y g), al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, así:

- “e) Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo;
- f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- g) Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador”.

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

“La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

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

Artículo 127. *Medidas cautelares en la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Adicionar un nuevo párrafo al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 así:

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

1. Ordenar, dentro del proceso judicial, las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.
2. Definir en forma provisional la Entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de afiliación múltiple y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

Artículo 128. *Procedimiento sancionatorio.* La Superintendencia Nacional de Salud aplicará las multas o la revocatoria de la licencia de funcionamiento realizando un proceso administrativo sancionatorio consistente en la solicitud de explicaciones en un plazo de cinco (5) días hábiles después de recibida la información, la práctica de las pruebas a que hubiere lugar en un plazo máximo de quince (15) días calendario, vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. La Superintendencia dispondrá de un término de diez (10) días calendario después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente. La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código Contencioso Administrativo.

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

Artículo 129. *Normas de procedimiento intervención forzosa administrativa.* El Gobierno Nacional reglamentará las normas de procedimiento a aplicar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud en los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación, administración u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud cualquiera sea la denominación que le otorgue el ente territorial en los términos de la ley y los reglamentos.

Artículo 130. *Conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y

demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:

- 130.1 Violar la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
- 130.2 Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.
- 130.3 Impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.
- 130.4 Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.
- 130.5 No realizar las actividades en salud derivadas de enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
- 130.6 Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y, en general, por cualquier persona natural o jurídica.
- 130.7 Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 130.8 Incumplir con las normas de afiliación por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan afiliaciones colectivas o trabajadores independientes.
- 130.9 Incumplir la Ley 972 de 2005.
- 130.10 Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 130.11 Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos.
- 130.12 No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, por o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.
- 130.13 Obstruir las Investigaciones e incumplir las obligaciones de información.
- 130.14 Incumplir con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 131. *Valor de las multas por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud.* Además, de las acciones penales,

de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre diez (10) y doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.

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

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

Artículo 132. *Multas por infracciones al régimen aplicable al control de precios de medicamentos y dispositivos médicos.* La Superintendencia de Industria y Comercio impondrá multas hasta de cinco mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (5.000 SMLMV) a cualquiera de las entidades, agentes y actores de las cadenas de producción, distribución, comercialización y otras formas de intermediación de medicamentos, dispositivos médicos o bienes del sector salud, sean personas naturales o jurídicas, cuando infrinjan el régimen aplicable al control de precios de medicamentos o dispositivos médicos. Igual sanción se podrá imponer por la omisión, renuencia o inexactitud en el suministro de la información que deba ser reportada periódicamente.

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

Artículo 133. *Multas por no pago de las acreencias por parte del Fosyga o la Entidad Promotora de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas entre cien (100) y dos mil quinientos (2.500) salarios mínimos mensuales vigentes cuando el Fosyga, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, las obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando la Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos. En caso de que el comportamiento de las Entidades Promotoras de Salud sea reiterativo será causal de pérdida de su acreditación.

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

Artículo 134. *Dosificación de las multas.* Para efectos de graduar las multas previstas en la presente ley, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

134.1 El grado de culpabilidad.

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

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

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

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

134.6 El grado de colaboración del infractor con la investigación.

134.7 La reincidencia en la conducta infractora.

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

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

Artículo 135. *Competencia de conciliación.* La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de parte en los conflictos que surjan entre el administrador del Fosyga, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales.

Título VIII

De los usuarios del sistema

Artículo 136. *Política nacional de participación social.* El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

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

- 136.2 Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.
- 136.3 Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.
- 136.4 Participar activamente en los ejercicios de definición de política.
- 136.5 Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.
- 136.6 Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

Artículo 137. *Defensor del Usuario de la Salud.* Para financiar el Defensor del Usuario en Salud de que trata el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998, deberá incluir el costo que demanda su organización y funcionamiento.

Artículo 138. *Antitrámites en salud.* El Gobierno Nacional, dentro de los doce (12) meses siguientes a la promulgación de esta ley, deberá adoptar un Sistema Único de Trámites en Salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación y el recaudo, así como de la autorización, registro, auditoría, facturación y pago de los servicios de salud.

Artículo 139. *Deberes y obligaciones.* Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones:

- 139.1 Actuar frente al sistema y sus actores de buena fe.
- 139.2 Suministrar oportuna y cabalmente la información que se les requiera para efectos del servicio.
- 139.3 Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.
- 139.4 Procurar en forma permanente por el cuidado de la salud personal y de la familia y promover las gestiones del caso para el mantenimiento de las adecuadas condiciones de la salud pública.
- 139.5 Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del sistema.
- 139.6 Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del sistema.
- 139.7 Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado.
- 139.8 Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio.

- 139.9 Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del sistema en asuntos administrativos y de salud.
- 139.10 Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.
- 139.11 Hacer un uso racional de los recursos del sistema.
- 139.12 Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios.
- 139.13 Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del sistema.
- 139.14 Participar en los procesos de diseño y evaluación de las políticas y programas de salud; así como en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.

Título IX

Otras disposiciones

Artículo 140. *Enfermedades huérfanas*. Modifícase el artículo 2º de la Ley 1392 de 2010, así:

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

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

Artículo 141. *De los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar*. Los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar relacionados con el autocuidado y mutuo cuidado de la salud de todos los miembros del hogar, serán registrados en las cuentas nacionales de salud de manera periódica y pública, según los criterios que defina el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Este reconocimiento no implicará gastos por parte del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Parágrafo. De acuerdo con lo ordenado por la Ley 14 13 de 2010, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística hará una encuesta de uso del tiempo que permitirá contabilizar el monto al que hace alusión el artículo anterior.

Artículo 142. *Difusión y capacitación para el desarrollo de la ley.* El Ministerio de la Protección Social, con las entidades adscritas y vinculadas al sector salud, deberá organizar y ejecutar un programa de difusión del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de capacitación a las autoridades locales, las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras, trabajadores y, en general, a los usuarios que integren el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 143. *Prueba del accidente en el SOAT.* Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores.

Parágrafo. *Sistema de Reconocimiento y Pago del SOAT.* El Gobierno Nacional reglamentará en un término de seis (6) meses, el Sistema de Reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito (SOAT), disminuyendo los trámites, reduciendo los agentes intervinientes, racionalizando el proceso de pago y generando eficiencia y celeridad en el flujo de los recursos.

Artículo 144. *De la reglamentación e implementación.* El Gobierno Nacional en un lapso no mayor de un mes a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley y la Ley 1164 de 2007, mediante acto administrativo.

El Gobierno Nacional tendrá hasta seis (6) meses a partir de la vigencia de esta ley para reglamentar y aplicar los artículos 26, 29, 31, 50 y 62 de la misma; y de hasta doce (12) meses para el artículo 118.

Artículo 145. *Vigencia y derogatorias.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los párrafos de los artículos 171, 172, 175, 215 y 216 numeral 1 de la Ley 100 de 1993, el párrafo del artículo 3º, el literal (c) del artículo 13, los literales (d) y (j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 121 del Decreto-ley 2150 de 1995, el numeral 43.4.2 del artículo 43 y los numerales 44.1.7, 44.2.3 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, así como los artículos relacionados con salud de Ley 1066 de 2006.

El Presidente del honorable Senado de la República,
Armando Alberto Benedetti Villaneda.

El Secretario General del honorable Senado de la República,
Emilio Ramón Otero Dajud.

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,
Carlos Alberto Zuluaga Díaz.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,
Jesús Alfonso Rodríguez Camargo.

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL
Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 19 de enero de 2011

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,
Juan Carlos Echeverry Garzón.

El Ministro de la Protección Social,
Mauricio Santa María Salamanca

