

TEXTO DEFINITIVO

(APROBADO EN LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA, EN SESIONES ORDINARIAS DE FECHAS: MAYO VIENTINUEVE (29) DE 2013, SEGÚN ACTA 28, JUNIO CUATRO (04) DE 2013, SEGÚN ACTA 29, JUNIO CINCO (05) DE 2013, SEGÚN ACTA 30, JUNIO ONCE (11) DE 2013, SEGÚN ACTA 31, JUNIO DOCE (12) DE 2013, SEGÚN ACTA 32 Y JUNIO TRECE (13) DE 2013, SEGÚN ACTA 33, DE LA LEGISLATURA 2012-2013)

AL PROYECTO DE LEY No. 210 de 2013 - SENADO

“POR MEDIO DE LA CUAL SE REDEFINE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

Y SUS ACUMULADOS LOS PL 233 DE 2013 SENADO Y 051 DE 2012 SENADO

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

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

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

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

El Sistema tendrá las siguientes características:

- a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Gobierno Nacional;
- b) Afiliará a todos los habitantes en el territorio colombiano;
- c) Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial;
- d) Contará con una entidad que será la responsable de la afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;
- e) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;
- f) Tendrá un plan de beneficios individuales al cual accederán todos los afiliados;

- g) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9 de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan;
- h) Tendrá atención primaria y complementaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta;
- i) Operará mediante esquemas de integración territorial definidos, planificados, vigilados, controlados y coordinados por las Comisiones de Área de Gestión Sanitaria, de que trata el Artículo 33 de la presente Ley, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el efecto, conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;
- j) Tendrá Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, los cuales actuarán dentro de redes integradas;
- k) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para poblaciones especiales y aquellas localizada en zonas dispersas;
- l) Tendrá Comisiones de Área de Gestión de Sanitaria encargadas de definir, planificar, vigilar, controlar y coordinar la adecuada operación del sistema de salud, conforme con el Artículo 33 de esta Ley.
- m) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud y tomar parte en las decisiones que esta ley consagre”;
- n) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, y a los profesionales, dentro de las condiciones de la presente Ley;
- o) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, para los cuales la ley definirá sus fuentes de financiamiento, garantizando para ellos un único plan de beneficios.

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

- a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;
- b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;
- c) El aporte de las tecnologías en salud;
- d) La capacidad de la red hospitalaria;
- e) La calidad de los servicios de salud y los principios que la sustentan;
- f) Los resultados de las políticas de salud pública;
- g) La inspección vigilancia y control;
- h) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;
- i) La sostenibilidad financiera;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- k) Participación social. El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan;
- l) Progresividad. El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estado;
- m) Libre escogencia. El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir sus Gestores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible, la cual podrá ser definida por la autoridad estatal competente, con base en razones atinentes a la seguridad, calidad y eficiencia del servicio. En todo caso, los cambios no podrán disminuir la calidad o afectar la continuidad en la prestación del servicio y deberán contemplar mecanismos de transición para evitar una afectación de la salud del usuario. Dicho cambio no podrá eliminar alternativas reales de escogencia donde haya disponibilidad;
- n) Sostenibilidad. El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que éste reconoce, siguiendo criterios para su flujo efectivo.
- o) Transparencia. El Sistema establece que las condiciones de prestación del servicio, la relación entre los distintos agentes del Sistema, la definición de políticas y la información en materia de salud, deben ser públicas, claras y visibles, considerando la confidencialidad y protección de datos a que haya lugar;
- p) Descentralización administrativa. El Sistema se organiza de manera descentralizada administrativamente, por mandato de la Ley y de él harán parte las Entidades Territoriales;
- q) Complementariedad y concurrencia. El Sistema propicia que las autoridades y los diferentes agentes, en los distintos niveles territoriales, colaboren entre sí con acciones y recursos dirigidos al logro de sus objetivos y se articulen adecuadamente sin perjuicio de sus competencias;
- r) Corresponsabilidad. El Sistema promueve que todas las personas propendan por su auto cuidado, por el cuidado de su familia y de la comunidad; por un ambiente sano; por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema y por el cumplimiento de los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Los agentes del Sistema difundirán, apropiarán y darán cumplimiento a este principio;
- s) Irrenunciabilidad. El Sistema garantiza que las personas no sean privadas u obligadas a prescindir de sus derechos, ni a disponer de los mismos. El derecho a la Seguridad Social en Salud es de orden público y, por tanto, irrenunciable;
- t) Intersectorialidad. El Sistema promueve que los diferentes sectores y organizaciones que, de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afecten los determinantes y el estado de salud de la población, actúen mediante acciones conjuntas y coordinadas;
- u) Prevención. El Sistema propende por la aplicación del enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos, a la prestación de los servicios y tecnologías de salud y a toda actuación que pueda afectar la vida, la integridad y la salud de las personas;
- v) Continuidad. El Sistema garantiza que dentro de él toda persona tenga vocación de permanencia. Los servicios tecnologías de salud que garantiza el Sistema no pueden ser interrumpidos;
- w) Integralidad. El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario ni se podrá negar un servicio de salud estrechamente vinculado con otro cubierto por el Sistema. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que éste comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;

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

CAPITULO II.

SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 9. Estrategia de Atención Primaria en Salud. El diseño y ejecución de las acciones de salud pública y atención individual en salud adoptarán como su estrategia principal la atención primaria en salud. Para tal efecto, el Gobierno Nacional reglamentará en un plazo no mayor de seis (6) meses, la Política Pública de APS teniendo en cuenta su modelo de atención operativo y su implementación gradual y progresiva.

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

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

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

CAPÍTULO III.

MANEJO UNIFICADO DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Artículo 11. Creación de Salud-Mía. Crease una entidad del nivel descentralizado del orden nacional, de naturaleza especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con

personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente, denominada Unidad de Gestión - Salud-Mía, la cual será parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud;
- b) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar que explota, administra y recauda Coljuegos o quien haga sus veces;
- c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella, quien podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema General de Seguridad Social integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar;
- d) Las cotizaciones de los afiliados al régimen de excepción con vinculación laboral adicional, sobre la cual estén obligados a contribuir al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- e) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales;
- f) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Estos recursos se girarán directamente desde el responsable del recaudo;
- g) Los recursos del impuesto sobre la renta para la equidad - CREE que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012, los cuales serán transferidos a Salud-Mía, entendiéndose así ejecutados;
- h) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a Salud-Mía por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;
- i) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010;
- j) Los recursos del Fonsat, creado por el Decreto- Ley 1032 de 1991, sin perjuicio de lo definido en el artículo 113 Decreto-ley 019 de 2012 destinado a financiar la cobertura del Soat.
- k) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito - Soat, que se cobrará en adición a ella;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV.

PLAN DE BENEFICIOS DE SALUD – MI PLAN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V.

ATENCIÓN INDIVIDUAL Y REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 28. Habilitación de Redes de Prestación de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de suficiencia, integralidad y libre elección con que deben habilitarse las Redes de Prestadores de Servicios de Salud de los

Gestores de Servicios de Salud, los cuales serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud de manera continua.

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

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

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

Los servicios de salud en estas áreas serán prestados por un único Operador de Servicios de Salud con condiciones especiales y en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual será seleccionado mediante un proceso objetivo por Salud-Mía. Definida una Área de

Gestión Sanitaria especial y seleccionado el Gestor de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social trasladará directamente los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud o Gestores de Servicios de Salud.

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

CAPÍTULO VI.

GESTORES DE SERVICIOS DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre sus funciones están:

a) Habilitación y evaluación del desempeño de los Gestores de Servicios de Salud;

b) Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud

c) Conformación de la Red de Prestación de Servicios de Salud garantizados los Gestores de Servicios de Salud;

d) Definición, vigilancia y control de los planes y programas de salud pública;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la oferta pública disponible no es suficiente o no está disponible para la demanda requerida, el Gestor de Servicios de Salud está autorizado contratar el faltante con

Prestadores de Servicios de Salud privados, bajo las condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo siempre en cuenta las recomendaciones realizadas hechas por las respectivas entidades territoriales y la Comisión de Área.

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

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

Artículo 38. Integración vertical. Se prohíbe la propiedad simultánea de Gestores y Prestadores de Servicios de Salud bajo cualquier forma y proporción de participación, de manera directa o

por interpuesta persona o por parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil, o por el cónyuge o compañero (a) permanente.

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

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

Artículo 39. Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud. Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

gestión de los recursos. El nivel de cumplimiento de estos indicadores por un Gestor de Servicios de Salud afectará el valor total proveniente del per cápita asignando para las prestaciones individuales de Mi-Plan, así como los excedentes al final de la vigencia o su reserva. Los resultados del sistema estarán disponibles para consulta pública.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VII.

TALENTO HUMANO EN SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- c) Acceso a créditos, becas y otros incentivos educativos financiados con recursos públicos.
- d) Acceso a recursos para el financiamiento de proyectos de investigación.

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

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

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

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

1. Acreditar una de las siguientes condiciones académicas:

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

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

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

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

CAPITULO VIII.

DISPOSICIONES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

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

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

- Dirección, conducción y orientación institucional, incluido el Gerente o Director y el Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión o quien haga sus veces;

-Especial confianza que tengan asignadas funciones de asesoría institucional, asistenciales o de apoyo, que estén al servicio directo del Director o Gerente de la Empresa, y

-Administración y manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.

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

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

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

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

En caso de supresión del empleo de los servidores con derecho de carrera, como consecuencia de un proceso de reestructuración o de modernización de la entidad, tendrán derecho a percibir la indemnización de que trata la Ley 909 de 2009, en los mismos términos y condiciones allí establecidas.

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

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

1. Los empleos de libre nombramiento y remoción serán provistos por nombramiento ordinario, previo cumplimiento de los requisitos exigidos para el desempeño del empleo.
2. Los empleos de carrera se proveerán en período de prueba o en ascenso con las personas que hayan sido seleccionadas mediante el sistema de mérito, siguiendo el procedimiento señalado en la ley que regule el sistema general de carrera.
3. Los empleos de servidores de la salud se proveerán mediante resolución, en la cual se deberá indicar:
 - a. El tiempo de vinculación.
 - b. La descripción de las funciones de acuerdo con la actividad o proyecto a desarrollar.
 - c. La apropiación y disponibilidad presupuestal para cubrir el pago de salarios y prestaciones sociales.

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

Artículo 53. Régimen salarial y prestacional. Los empleados de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial tendrán un régimen especial en materia salarial y prestacional y se fijará por las autoridades competentes bajo los parámetros que señale el

Gobierno Nacional, con base en las normas, criterios y objetivos contenidos en la Ley 4ª de 1992. En todo caso se deberán respetar

los derechos adquiridos. Se tendrán como derechos adquiridos los que hayan ingresado al patrimonio del servidor, los cuales no podrán ser afectados.

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

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

Artículo 54. Régimen de administración de personal. Los empleados de las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial se regirán en materia de administración de personal por lo dispuesto en los decretos 2400 y 3074 de 1968 y demás normas que los modifiquen, reglamenten, sustituyan o adicionen.

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

1. Por cumplimiento del término para el cual fue vinculado cuando no haya continuidad en la prestación del servicio.
2. Por terminación anticipada de la actividad o proyecto para el cual fue vinculado.

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

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

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

Los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente Ley se encontraban vinculados mediante nombramiento provisional, que vienen ejerciendo funciones a que se refiere el literal b) del artículo 3º de la presente ley se incorporarán automáticamente, en las mismas condiciones, a la planta de personal de la

respectiva Empresa Social del Estado y tendrán derecho de acceder a la carrera administrativa a través del respectivo proceso de selección.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 68. Procesos de selección en curso. Los procesos de selección para proveer empleos de carrera que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren en curso y que aún no tengan listas de elegibles se suspenderán para los empleos que se clasifican en la presente ley como servidores de la salud. Dichos empleos deberán ajustarse a la nueva naturaleza y proveerse siguiendo el procedimiento señalado en la presente Ley.

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

CAPÍTULO IX.

INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

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

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

Artículo 70. Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión. La toma de posesión, bajo la modalidad de intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa administrativa para liquidar, tiene por objeto y finalidad salvaguardar la prestación del servicio

público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de salud, cualquiera sea la denominación que se le otorgue.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 73. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio. La Superintendencia Nacional de Salud adelantará proceso administrativo sancionatorio mediante las modalidades

oral y escrita. El sistema oral será la regla general, y el Superintendente determinará los casos en los cuales se dará aplicación al proceso administrativo sancionatorio escrito.

El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:

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

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

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

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

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

El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

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

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

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

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

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

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

Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan merito ejecutivo.

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

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

- b) Multas. Se registrarán conforme a la Ley 1438 de 2011;
- c) Suspensión provisional de actividades hasta por cinco (5) años;
- d) Prohibición de prestar el servicio público de salud en forma directa o indirecta, hasta por diez (10) años;
- e) Revocatoria de la habilitación;
- f) Ordenar la separación de los representantes legales y/o administradores, de sus cargos y/o prohibición de ejercer dichos cargos hasta por dos (2) años.

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

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

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

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

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

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

Artículo 77. La Superintendencia de Salud ejercerá el control y la obligación de reporte al SISTEMA DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – SISMED, e impondrá las sanciones establecidas en el artículo 132 de la Ley 1438 de 2011 a quienes incumplan estas obligaciones.

CAPÍTULO X.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 85. Recobros y reclamaciones ante el FOSYGA. Los recobros y reclamaciones ante FOSYGA que hubieren sido glosados caducarán en dos (2) años. Para su reconocimiento y pago se exigirá los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, previa auditoría que será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO XI.

DISPOSICIONES FINALES

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

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

Los ingresos del fondo podrán ser:

- a) Recursos del Presupuesto General de la Nación;
- b) Aportes de los agentes con cargo al porcentaje de administración y de los prestadores con cargo a sus ingresos o excedentes;
- c) Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores hasta el momento en que entre en operación Salud-Mía;
- d) Los rendimientos financieros de sus inversiones;
- e) Los recursos de la subcuenta de garantías del FOSYGA, resultantes de su supresión;
- f) Los demás que obtenga a cualquier título.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

existan a cargo del Municipio y del Departamento o Distrito deudas por la prestación de servicios de salud.

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

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

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

- a) El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá;
- b) El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado;
- c) Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente constituidas mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud;
- d) Dos (02) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por votación. En el evento de no existir en la Empresa Social del Estado profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

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

Los miembros de la Junta Directiva, a que hace mención los literales c y d del presente artículo, tendrán un periodo de tres (03) años en el ejercicio de sus funciones y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional definirá las calidades exigidas para ser gerente o director de una Empresa Social del Estado partiendo del hecho de que en todos los casos debe tratarse de profesionales universitarios con tres (03) o más años de experiencia en el sector. Las calidades exigidas pueden variar dependiendo del nivel de complejidad o de los servicios que preste la ESE”.

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

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

autoridades y organizaciones representativas. Los medios económicos y técnicos para el desarrollo de dichas consultas serán garantizados por el Gobierno Nacional.

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

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

(...).

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

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

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

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

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

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

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

Las Honorables Senadoras y Honorables Senadores ponentes:

JORGE ELIECER BALLESTEROS - EDINSON DELGADO RUÍZ

H. SENADOR PONENTE (COORDINADOR) - H. SENADOR PONENTE (COORDINADOR)

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ - GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN

H. SENADOR PONENTE (COORDINADOR) - H. SENADOR PONENTE (COORDINADOR)

MAURICIO ERNESTO OSPINA GÓMEZ - GABRIEL IGNACIO ZAPATA CORREA

H. SENADOR PONENTE (COORDINADOR) - H. SENADOR PONENTE (COORDINADOR)

LILIANA MARÍA RENDÓN ROLDÁN - GLORIA INÉS RAMÍREZ RÍOS

H. SENADORA PONENTE - H. SENADORA PONENTE

TERESITA GARCÍA ROMERO - GILMA JIMÉNEZ GÓMEZ

H. SENADOR PONENTE H. - SENADOR PONENTE

ASTRID SANCHEZ MONTES DE OCCA - CLAUDIA JEANNETH WILCHES SARMIENTO

H. SENADORA PONENTE - H. SENADORA PONENTE

GERMÁN BERNARDO CARLOSAMA LÓPEZ

H. SENADOR PONENTE

JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA

Secretario Comisión Séptima del Senado