**Última actualización: 18 de noviembre de 2022 - (Diario Oficial No. 52204** -

**31 de octubre de 2022)**

**Derechos de autor reservados - Prohibida su reproducción**

Inicio



Artículo **v**

**LEY 1492 DE 2011**

(diciembre 26)

Diario Oficial No. 48.294 de 26 de diciembre de 2011

**CONGRESO DE LA REPÚBLICA**

Por medio de la cual se autoriza a la Asamblea Departamental del Guainía para emitir la Estampilla Pro Salud Guainía.

**EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:**

**ARTÍCULO 1o.** Créese la Estampilla Pro Salud del Guainía.

**PARÁGRAFO.** Autorizarse a la Asamblea Departamental del Guainía, para que ordenen la emisión de "la Estampilla Pro Salud Guainía".

**ARTÍCULO 2o.** La Estampilla Pro Salud Guainía, cuya emisión se autoriza será hasta por la suma de quince mil millones de pesos ($15.000.000.000), a precios constantes de 2010.

**ARTÍCULO 3o.** El producido de los recursos provenientes de la Estampilla Pro Salud Guainía se destinará para las siguientes inversiones de las instituciones de salud del departamento del Guainía: el desarrollo,

modernización y adquisición de nuevas tecnologías en las áreas de laboratorio, centros de diagnósticos, informáticas y comunicaciones, mantenimiento, reparación de equipos de las distintas unidades de los centros asistenciales; para la dotación de instrumentos, para la compra de medicamentos, para la renovación del campo automotor y actividades de investigación y capacitación.

**ARTÍCULO 4o.** Autorizase a la Asamblea del Departamento del Guainía para que determine los elementos del gravamen, de conformidad con el artículo 338 de la Constitución Nacional. Establece como hechos gravables o base imponible de la estampilla, que por la presente ley se crea: La contratación que realicen la entidades públicas de orden departamental y municipal; los recintos, constancias, autenticaciones, guías de

transporte, títulos académicos, permisos y certificaciones que emita la entidad departamental, las novedades de personal que se produzcan en el departamento a excepción de la nómina o pago mensual de los servidores del departamento.

**ARTÍCULO 5o.** La obligación de adherir y anular la estampilla que se autoriza mediante esta ley estará a cargo de los funcionarios del orden departamental que intervengan en los actos o hechos sujetos a gravamen estipulados por la Asamblea mediante ordenanza.

**ARTÍCULO 60.** Los recaudos provenientes de la estampilla estarán a cargo de la Secretaría de Hacienda Departamental, recaudos que serán manejados en cuentas presupuestales de destinación específica dirigidas a la inversión en el mismo departamento en que se originaron.

**ARTÍCULO 7o.** Los recursos captados por la Secretaría de Hacienda Departamental por concepto de la estampilla que se autoriza en la presente ley, serán distribuidos oportunamente y en forma equitativa por la Secretaría de Hacienda Departamental, de acuerdo a las necesidades de los centros asistenciales del

departamento.

**ARTÍCULO 80.** La Contraloría Departamental, ejercerá el control y vigilancia fiscal, de los recursos provenientes de la estampilla autorizada.

**ARTÍCULO 9o.** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,

**JUAN MANUEL CORZO ROMÁN.**

El Secretario General del honorable Senado de la República,

**EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD.**

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

**SIMÓN GAVIRIA MUÑOZ.**

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

**JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.**

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 26 de diciembre de 2011.

**JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN**

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

**JUAN CARLOS ECHEVERRY GARZÓN.**

El Ministro de Salud y Protección Social,

**MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA.**

El Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones,

**DIEGO MOLANO VEGA.**





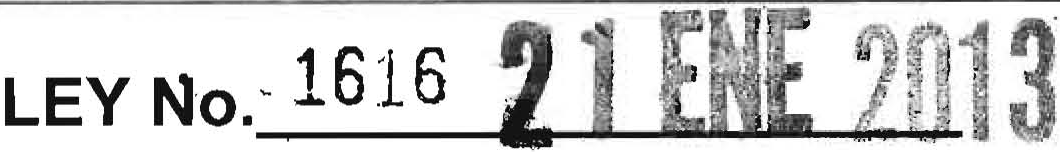
Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.©

"Leyes desde 1992 - Vigencia Expresa y Sentencias de Constitucionalidad" ISSN [1657-6241 (En linea)]

Última actualización: 18 de noviembre de 2022 - (Diario Oficial No. 52204 - 31 de octubre de 2022)

Las notas de vigencia, concordancias, notas del editor, forma de presentación y disposición de la compilación están protegidas por las normas sobre derecho de autor. En relación con estos valores jurídicos agregados, se encuentra prohibido por la normativa vigente su aprovechamiento en publicaciones similares y con fines comerciales, incluidas -pero no únicamente- la copia, adaptación, transformación, reproducción, utilización y divulgación masiva, así como todo otro uso prohibido expresamente por la normativa sobre derechos de autor, que sea contrario a la normativa sobre promoción de la competencia o que requiera autorización expresa y escrita de los autores y/o de los titulares de los derechos de autor. En caso de duda o solicitud de autorización

puede comunicarse al teléfono 617-0729 en Bogotá, extensión 101. El ingreso a la página supone la aceptación sobre las normas de uso de la información aquí contenida.



**"POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

**EL CONGRESO DE COLOMBIA**

**DECRETA:**

**ARTÍCULO 1º. OBJETO.** El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promociona! de Calidad de vida y la estrategia y

principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del 1 ciclo vital.

**ARTÍCULO 2º. ÁMBITO DE APLICACIÓN.** La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado.

Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

**ARTÍCULO 3º. SALUD MENTAL.** La salud mental se define como un estado

dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la

interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la ca1ir:lad de vida de colombianos y colombianas.

1

**ARTÍCULO 4º. GARANTÍA EN SALUD MENTAL.** El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos

mentales privados de libertad y garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

**ARTÍCULO 5º. DEFINICIONES.** Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. **Promoción de la salud mental.**  La promoción de la salud mental es una

estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la

transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

1. **Prevención Primaria del trastorno mental.**  La Prevención del trastorno

mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los

factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en ei reconocimiento temprano de factores protectores y de

riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

1. **Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención *secundaria y terciaria,* diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

1. **Atención integral e integrada en salud mental.** La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.

La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

1. **Trastorno mental.** Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastorn s del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.
2. **Discapacidad mental.** Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltioles

2

ocasiones comprender el alcance de sus actos, p\_resenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

1. **Problema psicosocial.** Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.
2. **Rehabilitación psicosocial.** Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

**TÍTULO 11 DERECHOS DE LAS PERSONAS**

**EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 6º. DERECHOS DE LAS PERSONAS.** Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienef •:u y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

1O. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus

creencias.

1. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental
2. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
3. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado

para recibir el tratamiento.

1. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
2. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso

de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

1. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

**TÍTULO 111**

**PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

**ARTÍCULO 7º. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN**

**DEL TRASTORNO MENTAL. El Ministerio de Salud y Protección Social** o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

Así mismo, el Ministerio tendrá la responsabilidad de promover y concertar con los demás sectores aquellas políticas, planes, programas y proyectos necesarios para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos.

El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo.

El Departamento de la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud constituirá y participará en asocio con personas de rlP-recho ni'1hlir.n n

privado, asoc1ac1ones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en el presente artículo.

**ARTÍCULO 8º. ACCIONES DE PROMOCIÓN.** El Ministerio de. Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras.

Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes.

El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de salud y Protección Social, diseñarán acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias ara su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental.

Las acciones consignadas en este artículo tendrán seguimiento y evaluación de impacto que permita planes de acción para el mejoramiento continuo así como la gestión del conocimiento, investigación e innovación.

**ARTÍCULO 9º. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL**

**TRASTORNO MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL.** *Las Administradoras de Riesgos Laborales* dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud evaluarán y ajustarán periódicamente este lineamiento técnico para enfrentar los riesgos laborales en salud mental.

De acuerdo con lo establecido en la ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención ordenadas en el presente artículo.

**TÍTULO IV**

**ATENCIÓN LNTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL**

**CAPÍTULO 1**

**ARTÍCULO 10. RESPONSABILIDAD EN LA ATENCIÓN INTEGRAL E**

**INTEGRADA EN SALUD MENTAL.** El Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental

con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente.

Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años.

Igualmente, asignará prioridad al diseño y ejecución de programas y acciones complementarios de atención y protección a las personas con trastornos mentales severos y a sus familias.

**ARTÍCULO 11. ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA ATENCIÓN**

**INTEGRAL.** La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa.

Para tal efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizará la incorporación del enfoque promociona! de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental.

**CAPÍTULO 11**

**RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 12. RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN**

**SALUD MENTAL.** Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud.

Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

Esta red estará articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice el retorno efectivo de los casos al primer nivel de atención.

Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios, las administradoras de riesgos laborales, podrán asociarse para prestar estos servicios, siempre que garanticen calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad en la prestación de los servicios de salud mental a las personas de cada territorio.

**ARTÍCULO 13. MODALIDADES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL E**

**INTEGRADA EN SALUD MENTAL.** La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Prehospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad 1O. Unidades de Salud Mental.

11. Urgencia de Psiquiatría.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.

**ARTÍCULO 14. P ESTADORES DE SERVICIOS.** Las Empresas

Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente.

Para este efecto el Ministerio deberá formular, implementar, evaluar y ajustar tales instrumentos de acuerdo con lo establecido en la -presente ley y demás disposiciones legales complementarias.

**ARTÍCULO 15. PUERTA DE ENTRADA A LA RED.** El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y d{jrante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental.

Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.

**ARTÍCULO 16. ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.**

Los entes territoriales deberán definir y estandarizar los mecanismos, procesos

y procedimientos administrativos y asistenciales prioritarios para acceder a los servicios de la red de salud mental.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

**ARTÍCULO 17. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.** Los entes

territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben contar con la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá expedir los lineamientos para tal efecto, en un término no mayor a catorce (14) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

**ARTÍCULO 18. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud.

Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este equipo lnterdisciplinario garantizará la prevención y atención integral e integrada de conformidad con el modelo de atención, guías y protocolos vigentes, a fin de garantizar el respeto de la dignidad y los Derechos Humanos de las personas, familias y colectivos sujetas de atención asegurando la integralidad y los estándares de calidad.

**ARTÍCULO 19. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS**

**EN SALUD.** De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente.

El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia.

**ARTÍCULO 20. MEJORAMIENTO CONTINÚO DEL TALENTO HUMANO.** Los

prestadores de serv1c1os de salud públicos y privados deberán garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.

La Superintendencia f-.iacional de Salud vigilará el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo e informará lo actuado periódicamente al Ministerio de Salud

'1

y Protección Social, y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud para lo de su competencia.

**ARTÍCULO 21. PROTECCIÓN ESPECIAL AL TALENTO HUMANO QUE**

**TRABAJA EN SALUD MENTAL.** Las Administradoras de Riesgos Laborales, de conformidad con el nivel de riesgo identificado, prestará la asesoría y asistencia técnica para implementar programas, campañas, servicios y acciones de educación y prevención, intervención y control de los factores de riesgos psicosocial a los trabajadores de la salud mental, cuya labor se relacione con la atención directa en consulta externa o hospitalaria, casos de violencia fatal y no fatal y atención psicosocial en situaciones de urgencia, emergencia y desastres.

En todo caso las Administradoras de Riesgos Laborales deberán garantizar que sus empresas afiliade2 incluyan y cumplan con el desarrollo del plan de trabajo anual dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

El Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios consignados en el presente artículo en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la presente ley.

De acuerdo con lo establecido en la ley 1562 de 2012 el Ministerio de Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones ordenadas en el presente artículo.

**ARTÍCULO 22. TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.** Las

personas que hagan parte del equipo de atención prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería ó Atención Prehospita¡aria.

En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención prehospitalaria cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental.

Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda.

**CAPÍTULO V**

**ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

**ARTÍCULO 23. ATENCIÓN INTEGRAL Y PREFERENTE EN SALUD MENTAL.**

De conformidad con é1 Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de

2006 y los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la Ley 1438 de 2011, los Niños, las Niñas y los Adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental.

**ARTÍCULO 24. INTEGRACIÓN ESCOLAR.** El Estado, la familia y la comunidad deben propender por la integración escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastorno mental.

Los Ministerios de Educación y de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, deben unir esfuerzos, diseñando estrategias que favorezcan la

9

integración al aula regular y actuando sobre factores que puedan estar incidiendo en el desempeño escolar de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales.

Las Entidades Territoriales Certificadas en Educación deben adaptar los medios y condiciones de enseñanza, preparar a los educadores según las necesidades individuales, contando con el apoyo de un equipo interdisciplinario calificado en un centro de atención en salud cercano al centro educativo.

**ARTÍCULO 25. SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y**

**ADOLESCENTES.** Los entes territoriales, las empresas administradoras de planes de beneficios deberán disponer de servicios integrales en salud mental con modalidades específicas de atención para niños, niñas y adolescentes garantizando la atención oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial en salud mental en los términos previstos en la presente ley y sus reglamentos.

**TÍTULO V**

**PLAN DE BENEFICIOS**

**ARTÍCULO 26. PLAN DE BENEFICIOS.** La Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, deberá incluir en la actualización de los planes de beneficios de todos los regímenes, la cobertura de la salud mental en forma integral incluyendo actividades, procedimientos, intervenciones, insumos. dispositivos médicos, medicamentos y tecnologías en salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que se requieran con necesidad para la atención integral e integrada en salud mental de conformidad con lo preceptuado en la ley 1438 de 2011, la presente ley y demás normatividad vigente y complementaria.

**TÍTULO VI PARTICIPACIÓN SOCIAL**

**ARTÍCULO 27. GARANTÍA DE PARTICIPACIÓN.** En el marco de la

Constitución Política, la Ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental.

**ARTÍCULO 28. ASOCIACIONES DE PERSONAS CON TRASTORNOS**

**MENTALES, SUS FAMILIAS O CUIDADORES.** Sin perjuicio del ejercicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política, las asociaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familias o cuidadores harán parte de las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el articulo 13 de la presente ley.

El Ministerio de la Protección Social expedirá los lineamientos técnicos para el cumplimiento de lo oraenado en este artículo, en un término no superior a ocho

(8) meses a partir de la vigencia de la ley..

**ARTÍCULO 29. CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL.** La instancia

especializada creada en el artículo 1O de la ley 1566 de 2012 se denominará CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL y será la instancia responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las ordenes consignadas en la ley 1566 de 2012 y la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y At ilción a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental.

Este Consejo tendrá carácter consultivo bajo la coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Salud Pública, la cual ejercerá la secretaría técnica del mismo y lo convocará mínimo dos (2) veces al año.

El Consejo es una instancia mixta integrada por:

1. El-la Ministro-a de Salud y Protección Social o el Viceministro Delegado, quien lo presidirá
2. El-la Defensor-a del Pueblo o su delegado.
3. El-la Director-a de Salud Pública, quien ejercerá la secretaria técnica de manera indelegable.
4. Un (1) representante de cada una de los siguientes colegios, consejos o asociaciones profesionales: Asociación Colombiana de Psiquiatría, Colegio Colombiano de p icólogos, Asociación Nacional de Enfermeras, Consejo Nacional de Trabajo Social, Federación Médica Colombiana, Asociación Colombiana de Profesionales en Atención Pre Hospitalaria, Emergencias Y Desastres, Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional.
5. Dos (2) representantes de los prestadores de servicios de Salud: Uno de la Asociación Colombiana De Hospitales y Clínicas; y uno de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI.

, 6. Dos (2) representantes de las asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en Salud Mental.

1. Un (1) representante de las asociaciones de Facultades de las Ciencias de la Salud.
2. Un (1) representante de las Facultades de las Ciencias Sociales.
3. Un (1) representante de las organizaciones sociales y comunitarias.

De conformidad con lo establecido en el artículo 1O de la ley 1566 de 2012 las funciones de este consejo serán apoyadas por un equipo funcional interdisciplinario, idóneo y suficiente de servidores públicos de la planta del Ministerio expertos en la formulación, prestación, auditoria y calidad de servicios en salud mental y reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Los representantes de las organizaciones profesionales, de pacientes y demás señalados en este artículo serán elegidos por aquellas, y su designación será oficialmente comunicada a la Secretaria Técnica del mismo.

**PARÁGRAFO.** En cada uno de los departamentos del país se conformará el Consejo Departamental de Salud Mental, liderado por la Secretaría Departamental de Salud quien será la encargada de conformar y convocar dicho Consejo la cual estará integrada por los respectivos secretarios de salud o quien haga sus veces·en los municipios que integran el departamento y por los representantes de cada asociación en el departamento señalados en el presente artículo según la existencia de tales asociaciones en el Departamento.

Estos Consejos Departamentales rendirán un informe anual en los términos de este artículo al Ministerio de Salud.

**ARTÍCULO 30. FUNCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD**

**MENTAL.** Son funciones del Consejo:

1. Preparar y presentar a las instancias y entidades pertinentes conceptos y recomendaciones producto del seguimiento y evaluación participativa y periódica a la implementación y cumplimiento de la ley 1566 de 2012, la presente ley, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, el modelo de atención, guías y protocolos en salud mental, Conpes y el Plan decenal para la salud pública en lo relativo a la salud mental.
2. Revisar la ejecución de los planes de acción nacional y departamental para el cumplimiento de las leyes e instrumentos indicados en el numeral anterior.
3. Plantear acciones de articulación intersectorial y transectorial que impacten la prevención y la atención integral en salud mental.
4. Recomendar nuevos procesos administrativos y técnicos que surjan producto de la investigación, el monitoreo y evaluación de las leyes e instrumentos referidos en el numeral 1.
5. Rendir y divulgar tnualmente un informe integral de gestión, evaluación, resultados y cumplimiento de las leyes, políticas y planes señalados en el numeral 1 a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la Republica, Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud y Comisiones Séptimas Constitucionales del Congreso de la República para lo de su competencia.

**TÍTULO VII**

**CRITERIOS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 31. POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL.** El

Ministerio de Salud y Protección Social tiene dieciséis (16) meses a partir de la fecha de expedición de la presente ley para ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actual del país.

Esta política deberá;,ser formulada e implementada bajo un enfoque de derechos, intersectorial, corresponsable y equitativo, en articulación con las demás políticas publicas vigentes incluyendo entre otros elementos: la atención integral mediante la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas en salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales mediante la detección la remisión ooortuna el seauimiento el

12

tratamiento integral y la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud locales.

Esta política deberá incluir un Plan Nacional de Salud Mental para cada quinquenio en correspondencia con el Plan Decena! para la Salud Pública. El primer plan corresponderá a las acciones consignadas en el primer Plan Decena! para la Salud Pública.

**ARTICULO 32. OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD.** Sin perjuicio de lo

preceptuado en los artículos 8 y 9 de la ley 1438 de 2011, el I Observatorio Nacional de Salud Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas y específicamente en esta área deberá:

* 1. Organizar un área clave de trabajo en Salud Mental y Consumo de Sustancias psicoactivas.
  2. Generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.
  3. Permitir el diagnóstico de la situación de salud mental de la población

colombiana a través del examen y evaluación de las tendencias y distribución de los indicadores de Salud Mental y de sus efectos sobre la salud y el desarrollo general del país.

* 1. Generar una plataforma tecnológica para la formación continua del talento humano en salud mental, el registro de indicadores y cifras en tiempo real, entre otras aplicaciones.

**Parágrafo.** El Obser.ratorio de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas del Ministerio de Salud y Protección Social pasará en su integridad a formar parte del Observatorio Nacional de Salud como un área de éste en los términos del presente artículo en un plazo no superior a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley.

**ARTÍCULO 33. ACCIÓN TRANSECTORIAL E INTERSECTORIAL.** El

Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces y las autoridades territoriales de Salud desarrollarán en virtud+ de la política Nacional de Salud Mental la acción transectorial e intersectorial necesaria y pertinente para abordar los determinantes sociales que condicionan el estado de la salud mental de las personas.

**Parágrafo.** Entre las acciones transectoriales se debe promover, fortalecer y tl gestionar lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de

la autonomía de cada üno de los sujetos.

**ARTÍCULO 34. SALUD MENTAL POSITIVA.** El Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, priorizará en la Política Pública Nacional de Salud Mental, la salud mental positiva, promoviendo la relación entre salud mental, medio ambiente, actividad física, seguridad alimentaria, y nutricional como elementos determinantes en el desarrollo de la autonomía de las personas.

**TÍTULO VIII**

**SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL**

**ARTÍCULO 35. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.** El Ministerio de

Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud

13

Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, victimas del conflicto armado, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil, (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.

**ARTÍCULO 36. SISTEMA DE INFORMACIÓN.** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga sus veces, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales deberán generar los mecanismos para la recolección de la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud de salud mental e incluirlos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

De igual forma incluirá dentro del sistema de información todos aquellos determinantes individuales o sociales de la Salud Mental a efectos de constituir una línea de base para el ajuste continuo de la prevención y atención integral en Salud Mental, así como para la elaboración, gestión y evaluación de las políticas y planes consagrados en la presente ley.

La información recolectada deberá reportarse en el Observatorio Nacional de Salud

**TÍTULO IX**

**INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL**

**ARTÍCULO 37. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.** La inspección,

vigilancia y control de la atención integral en salud mental, estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y de los entes territoriales a través de las Direcciones Territoria!f'S de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales realizarán la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud mental y Centros de Atención de Drogadicción, velando porque estas cumplan con las normas de habilitación y acreditación establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como con la inclusión de las redes de prestación de servicios de salud mental en su oferta de servicios y la prestación efectiva de dichos servicios de acuerdo con las normas vigentes.

La Superintendencia Nacional de Salud presentará un informe integral anual de gestión y resultados dirigido a las Comisiones Séptimas Constitucionales de Senado y Cámara, a la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo sobre el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y Control en virtud de lo ordenado en la presente ley.

**TÍTULO X DISPOSICIONES FINALES**

**ARTÍCULO 38. INCAPACIDADES EN SALUD MENTAL.** Las personas que

por razón de algún trastorno mental se encuentren inhabilitados para desempeñar de manera temporal o permanente su profesión u oficio habitual, tendrán derecho a acceder a las prestaciones económicas aenArad c::. nnr

14

incapacidad en las condiciones establecidas en las normas vigentes para los trabajadores dependientes e independientes.

**ARTÍCULO 39. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD MENTAL.** En el

marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas y privadas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental.

Asimismo, establecerá acciones de reconocimiento y fortalecimiento e incentivos no pecuniarios a las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, que realicen investigaciones sobresalientes en el campo de la Salud Mental en Colombia.

**ARTÍCULO 40. TRATAMIENTOS DE ALTO COSTO Y ENFERMEDAD**

**LABORAL.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces examinarán y ajustarán la clasificación actual de los tratamientos de alto costo, con el fin de introducir en dicho listado aquellas patologías y niveles de deterioro de la salud mental, que requieran intervención compleja, permanente y altamente especializada, que impliquen alto costo económico, con el ajuste correspondiente en los cálculos de la UPC, de todos los regímenes.

De conformidad con lo preceptuado en el artículo 4 de la ley 1562 de 2012 El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar la tabla de enfermedades laborales en Colombia, incluyendo aquellas patologías causadas por la exposición a factores de riesgo psicosociales en el trabajo.

**ARTÍCULO 41. CONP-ES EN SALUD MENTAL.** El Gobierno Nacional expedirá un documento Conpes para el fortalecimiento de la Salud Mental de la población colombiana en concurso con los actores institucionales y sociales.

**ARTÍCULO 42. REGLAMENTACIÓN E IMPLEMENTACIÓN.** El Gobierno

Nacional en un término no mayor a treinta (30) días a partir de la vigencia de la presente ley, establecerá mediante acto administrativo un cronograma de reglamentación e implementación de la presente ley que le permita la construcción de la agé'nda estratégica para el cumplimiento e implementación de las órdenes contenidas en la presente ley

**ARTÍCULO 43. APORTES DEL FONDO PARA LA REHABILITACIÓN, INVERSIÓN SOCIAL Y LUCHA CONTRA EL CRIMEN ORGANIZADO**

**¿FRISCO¿ A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN SALUD MENTAL. El**

Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Salud en programas para la atención y tratamiento de las enfermedades crónicas en salud mental.

El Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Educación con la asesoría del Ministerio de Salud en la promoción y prevención

15

de las enfermedades en salud mental enfatizando en los factores protectores y de riesgo, en su auto.manejo dirigido a los individuos, población escolarizada y familias.

**ARTÍCULO 44. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA



EL SECRETARIO GENERAL DE HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA



*1I i/t 1 2: ··*

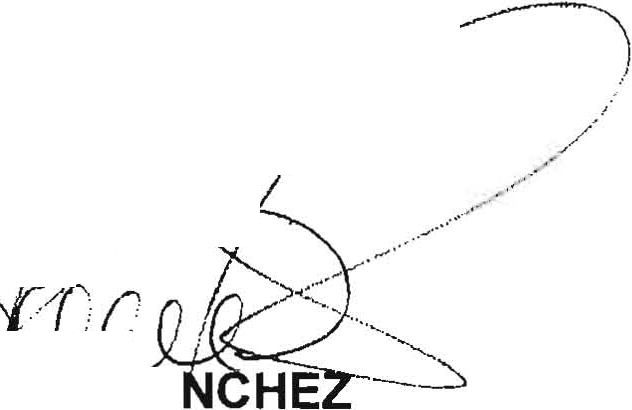
*I j* ,

EL PRE*o*SIDENTE DE L,·A HONORABLE CAMARA DE REPRESENTANTES

' *!* ''

:/ *¡ /*

:/**:;A**



*I* ( \_ s

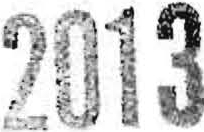
EL [ SECRETARIO GENERAL REPRESENTANTES

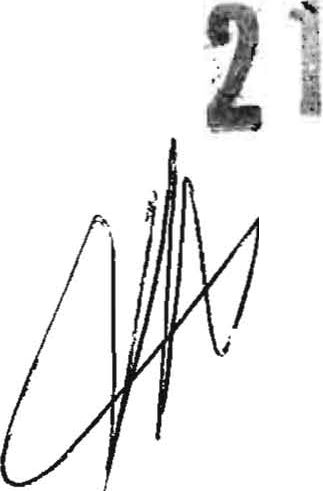
DE LA HONORABLE CAMARA DE

16

**LEY 'No. 1616**

**"POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"**

**REPÚBLICA DE COLOMBIA** - **GOBIERNO NACIONAL PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., a los

EL MINISTRO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

/

*4:ttut,,, L¼.1/.¿*

**MAURICIO CARDENAS SANTAMARIA**

LA MINISTRA DE JUSTICIA Y DE\DERECHO, )

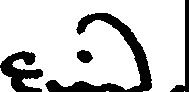
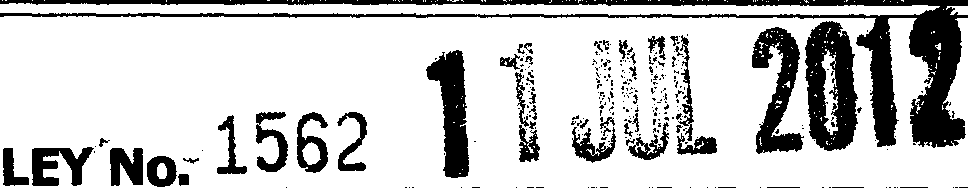
i

**RUTH STELLA CORREA PALACIO**

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

*//!M¡d*

**.-'ALEJAND/0 GAVIRIA URIBE**



**"POR LA CUAL SE MODIFICA EL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE SALUD OCUPACIONAL".**

**El Congreso de Colombia DECRETA:**

**Artículo 1°. Definiciones:**

**Sistema General de Riesgos Laborales:** Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales.

**Salud Ocupacional: Se** entenderá en adelante como Segundad y Salud en el Trabajo, definida como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y

social de los trabajadores en todas las ocupaciones. o

**Programa de Salud Ocupacional:** en lo sucesivo se entenderá como el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. Este Sistema consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo

**Parágrafo.** El uso de las anteriores definiciones no obsta para que no se mantengan los derechos ya existentes con las definiciones anteriores.

**Artículo 2°.** Modifíquese el artículo 13 del Decreto-ley 1295 de 1994, el cual quedará así: ·

***Artículo 13.*** Afiliados. Son afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales:

1. En forma obligatoria:

1

* 1. Los trabajadores dependientes nacionales o extranjeros, vinculados mediante contrato de trabajo escrito o verbal y los servidores públicos; las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios con entidades o instituciones públicas o privadas, tales como contratos civiles, comerciales o administrativos, con una duración superior a un mes y con precisión de las situaciones de tiempo, modo y lugar en que se realiza dicha prestación.
  2. Las Cooperativas y Precooperativas de Trabajo Asociado son responsables conforme a la ley, del proceso de afiliación y pago de los aportes de los trabajadores asociados. Para tales efectos le son aplicables todas las disposiciones legales vigentes sobre la materia para trabajadores dependientes y de igual forma le son aplicables las obligaciones en materia de salud ocupacional, incluyendo la conformación del Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASO).
  3. Los jubilados o pensionados, que se reincorporen a la fuerza laboral como trabajadores dependientes, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos.
  4. Los estudiantes de todos los niveles académicos de instituciones educativas públicas o privadas que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución o cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios, e involucra un riesgo ocupacional, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida dentro del año siguiente a la publicación de la presente ley por parte d los Ministerio de Salud y Protección Social.
  5. Los trabajadores independientes que laboren en actividades catalogadas por el Ministerio de Trabajo como de alto riesgo. El pago de esta afiliación será por cuenta del contratante.
  6. Los miembros de las agremiaciones o asociaciones cuyos trabajos signifiquen fuente de ingreso para la institución.
  7. Los miembros activos del Subsistema Nacional de primera respuesta y el pago de la afiliación será a cargo del Ministerio del Interior, de conformidad con la normatividad pertinente.

1. En forma voluntaria:

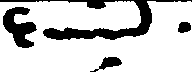
Los trabajadores independientes y los informales, diferentes de los establecidos en el literal a) del presente artículo, podrán cotizar al Sistema de Riegos . Laborales siempre y cuando coticen también al régimen contributivo en salud y de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Ministerio de . Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Trabajo en la que se establecerá el valor de la cotización según el tipo de riesgo laboral al que está expuesta esta población.

**Parágrafo 1**°. En la reglamentación que se expida para la vinculación de estos trabajadores se adoptarán todas las obligaciones del Sistema de Riesgos Laborales que les sean aplicables y con precisión de las situaciones de tiempo, modo y lugar en que se realiza dicha prestación.

.....

-..





**Parágrafo 2°.** En la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Trabajo en relación con las personas a que se refiere el literal b) del presente artículo, podrá indicar que las mismas pueden afiliarse al régimen de seguridad social por intermedio de agremiaciones o asociaciones sin ánimo de lucro, por profesión, oficio o actividad, bajo la vigilancia y control del Ministerio de la Salud y Protección Social.

**Parágrafo 3º.** Para la realización de actividades de prevención, promoción y Salud Ocupacional en general, el trabajador independiente se asimila al trabajador dependiente y la afiliación del contratista al sistema correrá por cuenta del contratante y el pago por cuenta del contratista; salvo lo estipulado en el numeral seis (6) de este mismo artículo.

**Artículo 3°.** Accidente de trabajo. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servidos temporales que se encuentren en misión.

**Artículo 4°.** Enfermedad laboral. Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre· la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes.

**Parágrafo 1°.** El Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Laborales, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales.

**Parágrafo 2°.** Para tal efecto, El Ministerio de la Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo, realizará una actualización de la tabla de enfermedades

3

laborales por lo menos cada tres (3) años atendiendo a los estudios técnicos financiados por el Fondo Nacional de Riesgos Laborales.

**Artículo 5°.** Ingreso base de liquidación. Se entiende por ingreso base para liquidar las prestaciones económicas lo siguiente:

1. Para accidentes de trabajo

El promedio del Ingreso Base de Cotización (IBC) de los seis (6) meses anteriores a la ocurrencia al accidente de trabajo, o fracción de meses, si el tiempo laborado en esa empresa fuese inferior a la base de cotización declarada e inscrita en la Entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encuentre afiliado;

1. Para enfermedad laboral

El promedio del último año, o fracción de año, del Ingreso Base de Cotización (IBC) anterior a la fecha en que se calificó en primera oportunidad el origen de la enfermedad laboral.

En caso de que la calificación en primera oportunidad se realice cuando el trabajador se encuentre desvinculado de la empresa se tomará el promedio del último año, o fracción de año si el tiempo laborado fuese inferior, del Ingreso Base de Cotización (IBC) declarada e inscrita en la última Entidad Administradora de Riesgos Laborales a la que se encontraba afiliado previo a dicha calificación.

**Parágrafo 1**°. Las sumas de dinero que las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales deben gar por concepto de prestaciones económicas deben indexarse, con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) al momento del

e pago certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

**Parágrafo 2°.** Para el caso del pago del subsidio por incapacidad temporal, la prestación será reconocida con base en el último (IBC) pagado a la Entidad Administradora de Riesgos Laborales anterior al inicio de la incapacidad médica las Administradoras de Riesgos Laborales deberán asumir el pago de la cotización a pensiones y salud, correspondiente a los empleadores o de los trabajadores independientes, durante los períodos de incapacidad temporal y hasta por un Ingreso Base de Cotización equivalente al valor de la incapacidad. La proporción será la misma establecida para estos sistemas en la Ley 100 de 1993.

**Parágrafo 3°.** El pago de la incapacidad temporal será asumido por las Entidades Promotoras de Salud, en caso de que la calificación de origen en la primera oportunidad sea común; o por la Administradora de Riesgos Laborales en caso de que la calificación del origen en primera oportunidad sea laboral y si existiese controversia continuarán cubriendo dicha incapacidad temporal de esta manera hasta que exista un dictamen en firme por parte de la Junta Regional o Nacional si se apela a esta, cuando el pago corresponda a la Administradora de Riesgos Laborales *y* esté en controversia, esta pagará el mismo porcentaje estipulado por la normatividad vigente para el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, una vez el dictamen esté en firme podrán entre ellas realizarse los respectivos rembolsos y la ARP reconocerá al trabajador

¡''

,1



la diferencia en caso de que el dictamen en firme indique que correspondía a origen laboral.

**Parágrafo 4.** El subsidio económico por concepto favorable de rehabilitación a cargo de la Administradora del Fondo de Pensiones se reconocerá en los términos del artículo 142 del Decreto Ley 19 de 2012 o la norma que lo modifique o sustituya

**Artículo** &0• Monto de las cotizaciones. El monto de las cotizaciones para el caso de los trabajadores vinculados mediante contratos de trabajo o como servidores públicos no podrá ser inferior al 0.348%, ni superior al 8.7%, del Ingreso Base de Cotización (IBC) de los trabajadores y su pago estará a cargo del respectivo empleador.

El mismo porcentaje del monto de las cotizaciones se aplicará para las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios personales, sin embargo, su afiliación estará a cargo del contratante y el pago a cargo del contratista, exceptuándose lo estipulado en literal a) numeral 5 del artículo primero de esta ley.

El Ministerio del Trabajo en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social en lo de su competencia adoptarán la tabla de cotizaciones mínimas y máximas para cada clase de riesgo, así como las formas en que una empresa pueda lograr disminuir o aumentar los porcentajes de cotización de acuerdo a su siniestralidad, severidad y cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

**Artículo 7°.** Efectos por el no pago de aportes al Sistema General de Riesgos Laborales. La mora en el pago de aportes al Sistema General de Riesgos Laborales durante la vigencia de la relación laboral y del contrato de prestación de servicios, no genera la desafiliación automática de los afiliados trabajadores.

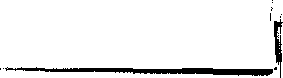
En el evento en que el empleador y/o contratista se encuentre en mora de efectuar sus aportes al Sistema General de Riesgos Laborales, será responsable de los gastos en que incurra la Entidad Administradora de Riesgos Laborales por causa de las prestaciones asistenciales otorgadas, así como del pago de los aportes en mora con sus respectivos intereses y el pago de las prestaciones económicas a que hubiere lugar.

La liquidación, debidamente soportada, que realicen las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales por concepto de Prestaciones otorgadas, cotizaciones adeudadas e intereses por mora, prestará mérito ejecutivo.

Se entiende que la empresa afiliada está en mora cuando no ha cumplido con su obligación de pagar los aportes correspondientes dentro del término estipulado en las normas legales vigentes. Para tal efecto, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales respectiva, deberá enviar a la última dirección conocida de la empresa o del contratista afiliado una comunicación por correo certificado en un plazo no mayor a un (1) mes después del no pago de los aportes. La comunicación constituirá a la empresa o contratista afiliado en mora. Copia de

D

5





esta comunicación deberá enviarse al representante de los Trabajadores en Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASO).

Si pasados dos (2) mese s desde la fecha de registro de la comunicación continúa la mora, la Administradora de Riesgos Laborales dará aviso a la Empresa *y* a la Dirección Territorial correspondiente del Ministerio del Trabajo para los efectos pertinentes.

e

La administradora deberá llevar el consecutivo de registro de radicación de los anteriores avisos, así mismo la empresa reportada en mora no podrá presentarse a procesos de contratación estatal.

**Parágrafo 1**°. Cuando la Entidad Administradora de Riesgos Laborales, una vez agotados todos los medios necesarios para efectos de recuperar las sumas adeudadas al Sistema General de Riesgos Laborales, compruebe que ha sido cancelado el registro mercantil por liquidación definitiva o se ha dado un cierre definitivo del empleador *y* obren en su poder las pruebas pertinentes, de conformidad con las normas vigentes sobre la materia, podrá dar por terminada la afiliación de la empresa, mas no podrá desconocer las prestaciones asistenciales *y* económicas de los trabajadores de dicha empresa, a que haya lugar de acuerdo a la normatividad vigente como consecuencia de accidentes de trabajo o enfermedad laboral ocurridos en vigencia de la afiliación.

**Parágrafo 2º.** Sin perjuicio, de la responsabilidad del empleador de asumir los riesgos laborales de sus trabajadores en caso de mora en el pago de las primas o cotizaciones obligatorias y de la que atañe al propio contratista, corresponde a todas las entidades administradoras de riesgos laborales adelantar las acciones de cobro, previa constitución de la empresa, empleador o contratista en mora y el requerimiento escrito donde se consagre el valor adeudado y el número de trabajadores afectados.

Para tal efecto, la liquidación mediante la cual la administradora de riesgos laborales determine el valor adeudado, prestará mérito ejecutivo.

**Parágrafo 3°.** La Unidad de Gestión Pensiona! y Paraftscales, UGPP, realizará seguimiento y control sobre las acciones de determinación, cobro, cobro persuasivo *y* recaudo que deban realizar las Administradoras de Riesgos Laborales.

**Parágrafo 4°.** Los Ministerios del Trabajo y Salud reglamentarán la posibilidad de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y demás parafiscales de alguno o algunos sectores de manera anticipada.

**Artículo 8°.** Reporte de información de actividades y resultados de promoción y prevención. La Entidad Administradora de Riesgos Laborales deberá presentar al Ministerio de Trabajo un reporte de actividades que se desarrollen en sus empresas afiliadas durante el año y de los resultados logrados en términos del control de los riesgos más prevalentes en promoción y de las reducciones logradas en las tasas de accidentes y enfermedades laborales como resultado de sus medidas de prevención. Dichos resultados serán el referente esencial para efectos de la variación del monto de la cotización, el seguimiento y cumplimiento se realizará conforme a las directrices establecidas por parte del Ministerio de Trabajo.

M 1t 1 1 1 1 t

Este reporte deberá ser presentado semestralmente a las Direcciones Territoriales del Ministerio de Trabajo para seguimiento y verificación del cumplimiento.

El incumplimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de accidentes y enfermedades, definidas en la tabla establecida por el Ministerio de la Salud y Protección Social y el Ministerio de Trabajo, acarreará multa de hasta quinientos (500) salarios mínimos mensuales legales vigentes a la fecha en que se imponga la misma. Las multas serán graduales de acuerdo a la gravedad de la infracción y siguiendo siempre el debido proceso, las cuales irán al Fondo de Riesgos Laborales, conforme a lo establecido en el sistema de garantía de calidad en riesgos laborales.

**Parágrafo 1°.** En caso de incumplimiento de Administradoras de Riesgos Laborales de los servicios de promoción y prevención establecidos en la normatividad vigente, el empleador o contratante informará a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo para la verificación y decisión correspondiente, cuya segunda instancia será la Dirección de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo.

**Artículo 9°.** Modifíquese el artículo 66 del Decreto-ley 1295 de 1994, el cual quedará así:

***Artículo 66.*** Supervisión de las empresas de alto riesgo. Las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y el Ministerio de Trabajo, supervisarán en forma prioritaria y directamente o a través de terceros idóneos, a las empresas de alto riesgo, especialmente en la aplicación del Programa de Salud Ocupacional según el Sistema de Garantía de calidad, los Sistemas de Control de Riesgos Laborales y las Medidas Especiales de Promoción y Prevención.

Las empresas donde se procese, manipule o trabaje con sustancias tóxicas o cancerígenas o con agentes causantes de enfermedades incluidas en la tabla de enfermedades laborales de que trata el artículo 3° de la presente ley, deberán cumplir con un número mínimo de actividades preventivas de acuerdo a la reglamentación conjunta que expida el Ministerio del Trabajo y de Salud y Protección Social.

**Artículo 10.** Fortalecimiento de la prevención de los riesgos laborales en las micro y pequeñas empresas en el país. Las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales fortalecerán las actividades de promoción y prevención en las micro y pequeñas empresas que presentan alta siniestralidad o están clasificadas como de alto riesgo.

El Ministerio del Trabajo definirá los criterios técnicos con base en los cuales las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales focalizarán sus acciones de promoción y prevención de manera que se fortalezcan estas actividades en las micro y pequeñas empresas, para lo cual se tendrá en cuenta la frecuencia, severidad y causa de los accidentes y enfermedades laborales en estas

empresas, así como los criterios técnicos que defina el Ministerio de Salud y

1)

Protección Social en lo relacionado con la afiliación de trabajadores afiliados a icro y pequeñas empresas.

..:-.J ..

7



**Parágrafo.** Dentro de las campañas susceptibles de reproducción en medios físicos o electrónicos y actividades generales de promoción y prevención de riesgos laborales que realizan periódicamente las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales se involucrarán a trabajadores del sector informal de la economía, bajo la vigilancia y control del Ministerio de Trabajo.

**Artículo 11.** Servicios de Promoción y Prevención. Del total de la cotización las actividades mínimas de promoción y prevención en el Sistema General de Riesgos Laborales por parte de las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales serán las siguientes:

1. Actividades básicas programadas y evaluadas conforme a los indicadores de Riesgos Laborales para las empresas correspondiente al cinco por ciento (5%) del total de la cotización, como mínimo serán las siguientes:
   1. Programas, campañas y acciones de educación y prevención dirigidas a garantizar que sus empresas afiliadas conozcan, cumplan las normas y reglamentos técnicos en salud ocupacional, expedidos por el Ministerio del Trabajo;
   2. Programas, campañas y acciones de educación y prevención, dirigidas a garantizar que sus empresas afiliadas cumplan con el desarrollo del nivel básico del plan de trabajo anual de su Programa de Salud Ocupacional;
   3. Asesoría técnica básica para el diseño del Programa de Salud Ocupacional y el plan de trabajo anual de todas las empresas;
   4. Capacitación básica para el montaje de la brigada de emergencias, primeros auxilios y sistema de calidad en salud ocupacional.
   5. Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional en aquellas empresas con un número mayor de 10 trabajadores, o a los vigías ocupacionales, quienes cumplen las mismas funciones de salud ocupacional, en las empresas con un número menor de 10 trabajadores;
   6. Fomento de estilos de trabajo y de vida saludables, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas;
   7. Investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales que presenten los trabajadores de sus empresas afiliadas.
2. Del noventa y dos por ciento (92%) del total de la cotización, la Entidad Administradora de Riesgos Laborales destinará como mínimo el diez por ciento (10%) para lo siguiente:
   1. Desarrollo de programas regulares de prevención y control de riesgos Laborales y de rehabilitación integral en las empresas afiliadas;
   2. Apoyo, asesoría y desarrollo de campañas en sus empresas afiliadas para el desarrollo de actividades para el control de los riesgos, el desarrollo de los sistemas de vigilancia epidemiológica y la evaluación y formulación de ajustes al plan de trabajo anual de las empresas. Los dos objetivos principales de esta obligación son: el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo y salud, y el control efectivo del riesgo;

1 Y *t* 1 1 t 1 IM I tt 1111 U 1 1 ! """ ti I t # 111 t t t 1 11 f 11 1 11 • 1 • •1• I• ,• 11 ltr IPW '



* 1. Las administradoras de riesgos laborales deben desarrollar programas, campañas, crear o implementar mecanismos y acciones para prevenir los daños secundarios y secuelas en caso de incapacidad permanente parcial e invalidez, para lograr la rehabilitación integral, procesos de readaptación y reubicación laboral;
  2. Diseño y asesoría en la implementación de áreas, puestos de trabajo, maquinarias, equipos y herramientas para los procesos de reinserción laboral, con el objeto de intervenir y evitar los accidentes de trabajo y enfermedades Laborales;
  3. Suministrar asesoría técnica para la realización de estudios evaluativos de higiene ocupacional o industrial, diseño e instalación de métodos de control de ingeniería, según el grado de riesgo, para reducir la exposición de los rabajadores a niveles permisibles.

La Superintendencia Financiera, podrá reducir el porcentaje del diez por ciento (10%) definido en el numeral 2 del presente artículo, de acuerdo a la suficiencia de la tarifa de cotización, sólo cuando se requiera incrementar las reservas para cubrir los siniestros por parte de las Entidades Administradoras de Riesgos laborales.

1. Hasta el tres (3%) del total de la cotización se destinará para el Fondo de Riesgos Laborales. El Gobierno Nacional a través de los Ministerio de Hacienda y Crédito Publico, Trabajo y Salud y Protección fijará el monto correspondiente previo estudio técnico y financiero que sustente dicha variación. El estudio podrá ser contratado con recursos del Fondo de Riesgos Laborales.

**Parágrafo 1**°. Las administradoras de riesgos laborales no pueden desplazar el recurso humano ni financiar las actividades que por ley le corresponden al empleador, y deben otorgar todos los servicios de promoción *y* prevención sin ninguna discriminación, bajo el principio de la solidaridad, sin tener en cuenta el monto de la cotización o el número de trabajadores afiliados.

**Parágrafo 2º.** En todas las ciudades o municipios donde existan trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales las administradoras de riesgos Laborales deben desarrollar las actividades de promoción y prevención con un grupo interdisciplinario capacitado y con licencia de salud ocupacional propio o contratado bajo su responsabilidad. Para ampliar la cobertura, la ejecución de dichas actividades podrá realizarse a través de esquemas de acompañamiento virtual y de tecnologías informáticas y de la comunicación, sin perjuicio del seguimiento personal que obligatoriamente respalde dicha gestión.

**Parágrafo** 3°. La Entidad Administradora de Riesgos Laborales deberá presentar un plan con programas, metas y monto de los recursos que se vayan a desarrollar durante el año en promoción y prevención, al Ministerio de Trabajo para efectos de su seguimiento y cumplimiento conforme a las directrices establecidas por la Dirección de Riesgos Profesionales de ahora en adelante Dirección de Riesgos Laborales.

**Parágrafo 4°.** Los gastos de administración de las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales serán limitados. El Ministerio del Trabajo podrá definir tales limites, previo concepto técnico, del Consejo Nacional de Riegos Laborales acorde con variables como tamaño de empresa, número de trabajadores, clase

9



de riesgo, costos de operación necesarios para garantizar el cumplimiento de las normas legales vigentes, entre otras.

**Parágrafo 5º.** La labor de intermediación de seguros será voluntaria en el ramo de riesgos laborales, y estará reservada legalmente a los corredores de seguros, a las agencias y agentes de seguros, que acrediten su idoneidad profesional y la infraestructura humana y operativa requerida en cada categoría para el efecto, quienes se inscribirán ante el Ministerio del Trabajo. Quien actué en el rol de intermediación, ante el mismo empleador no podrá recibir remuneración adicional de la administradora de riesgos laborales, por la prestación de servicios asistenciales o preventivos de salud ocupacional.

En caso que se utilice algún intermediario, se deberá sufragar su remuneración con cargo a los recursos propios de la Administradora de Riesgos Laborales.

**Artículo 12.** Objeto del Fondo de Riesgos Laborales. Modifíquese el artículo 22 de la Ley 776 de 2002, que sustituyó el artículo 88 del Decreto-ley 1295 de 1994, el cual quedará así:

El Fondo de Riesgos Laborales tiene por objeto:

1. Adelantar estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en todo el territorio nacional y ejecutar programas masivos de prevención en el ámbito ciudadano y escolar para promover condiciones saludables y cultura de . prevención, conforme los lineamientos de la Ley 1502 de 2011;
2. Adelantar estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en la población vulnerable del territorio nacional.
3. También podrán financiarse estudios de investigación que soporten las decisiones que en materia financiera, actuaria! o técnica se requieran para el desarrollo del Sistema General de Riesgos Laborales, así como para crear e implementar un sistema único de información del Sistema y un Sistema de Garantía de Calidad de la Gestión del Sistema de Riesgos Laborales;
4. Otorgar un incentivo económico a la prima de un seguro de riesgos laborales como incentivo al ahorro de la población de la que trata el artículo 87 de la Ley 1328 de 2009 y/o la población que este en un programa de formalización y de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio del Trabajo a efectos de promover e impulsar políticas en el proceso de formalización laboral.
5. Crear un sistema de información de los riesgos laborales con cargo a los recursos del Fondo de Riesgos Laborales;
6. Financiar la realización de actividades de promoción y prevención dentro de los programas de atención primaria en salud ocupacional;
7. Adelantar acciones de inspección, vigilancia y control sobre los actores del Sistema de Riesgos laborales; dentro del ámbito de su competencia.
8. Pago del encargo fiduciario y su auditoría y demás recursos que se deriven de la administración del fondo.



**Parágrafo.** Los recursos del Fondo de Riesgos Laborales no pertenecen al Presupuesto General de la Nación, no podrán ser destinados a gastos de administración y funcionamiento del Ministerio ni a objeto distinto del fondo previsto en la presente ley, serán manejados en encargo fiduciario, administrado por entidad financiera vigilada por la Superintendencia Financiera. En dicho encargo se deberán garantizar como mínimo, las rentabilidades promedio que existan en el mercado financiero.

**Artículo 13.** Sanciones. Modifíquese el numeral 2, literal a), del artículo 91 del Decreto-ley 1295 de 1994, de la siguiente manera:

D

El incumplimiento de los programas de salud ocupacional, las normas en salud ocupacional y aquellas obligaciones propias del empleador, previstas en el Sistema General de Riesgos Laborales, acarreará multa de hasta quinientos

(500) salarios mínimos mensuales legales vigentes, graduales de acuerdo a ,la gravedad de la infracción y previo cumplimiento del debido proceso destinados al Fondo de Riesgos Laborales. En caso de reincidencia en tales conductas o por incumplimiento de los correctivos que deban adoptarse, formulados por la Entidad Administradora de Riesgos Laborales o el Ministerio de Trabajo debidamente demostrados, se podrá ordenar la suspensión de actividades hasta por un término de ciento veinte (120) días o cierre definitivo de la empresa por parte de los Direcciones Territoriales del Ministerio de Trabajo, garantizando el debido proceso, de conformidad con el artículo 134 de la Ley1438 de 2011 en el tema de sanciones.

Adiciónese en el artículo 91 del Decreto-ley 1295 de 1994, modificado por el artículo 115 del Decreto 2150 de 1995, el siguiente inciso:

En caso de accidente que ocasione la muerte del trabajador donde se demuestre el incumplimiento de las normas de salud ocupacional, el Ministerio de Trabajo impondrá multa no inferior a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a mil (1000) salarios mínimos legales mensuales vigentes destinados al Fondo de Riesgos Laborales; en caso de reincidencia por incumplimiento de los correctivos de promoción y prevención formulados por la Entidad Administradora de Riesgos Laborales o el Ministerio de Trabajo una vez verificadas las circunstancias, se podrá ordenar la suspensión de actividades o cierre definitivo de la empresa por parte de las Direcciones Territoriales del Ministerio de Trabajo, garantizando siempre el debido proceso.

El Ministerio del Trabajo reglamentará dentro de un plazo no mayor a un (1) año contado a partir de la expedición de la presente ley, los criterios de graduación de las multas a que se refiere el presente artículo y las garantías que se deben respetar para el debido proceso.

**Artículo 14.** Garantía de la Calidad en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales. Para efectos de operar el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad del Sistema General de Riesgos Laborales, que deberán cumplir los integrantes del Sistema General de Riesgos Laborales, se realizarán visitas de verificación del cumplimiento de los estándares mínimos establecidos en el mencionado sistema de garantía de calidad, que se realizarán en forma directa o a través de terceros idóneos seleccionados por el Ministerio del Trabajo de acuerdo a la

11



reglamentación que expida al respecto, priorizando las empresas con mayores tasas de accidentalidad y muertes.

El costo de las visitas de verificación serán asumidas en partes iguales por la respectiva Entidad Aseguradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentre afiliado el empleador y con recursos del Fondo de Riesgos Laborales de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio del Trabajo

La verificación del cumplimiento de los estándares mínimos por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de Salud Ocupacional, será realizada por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud dentro de la verificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación y con sus propios recursos.

**Parágrafo.** Los trabajadores dependientes, independientes, el personal no uniformado de la policía y el personal civil de las Fuerzas Militares estarán obligados a cumplir los estándares mínimos del Sistema de Garantía de la calidad de Riesgos Laborales en lo relacionado al cumplimiento de sus deberes y obligaciones establecidas en la normatividad vigente del sistema de riesgos laborales.

**Artículo 15.** Inspección, vigilancia y control en prestaciones económicas.

Frente a las controversias presentadas ante la calificación en primera oportunidad solo procede el envío a las Juntas de Calificación de Invalidez conforme a lo establecido en el artículo 142 del Decreto número 19 de 2012. Adicional a las competencias establecidas en los artículos 84 y 91 del Decreto número 1295 de 1994, corresponde a la Superintendencia Financiera, sancionar · a las Administradoras de Riesgos Laborales, cuando incumplan los términos y la normatividad que regula el pago de las prestaciones económicas.

Las Direcciones Territoriales del Ministerio del Trabajo deberán remitir a la Superintendencia Financiera de Colombia las quejas, y las comunicaciones, informes o pruebas producto de sus visitas, relacionadas con el no pago o dilación del pago de las prestaciones económicas de riesgos laborales, sin perjuicio de la competencia de las Direcciones Territoriales para adelantar investigaciones administrativas laborales o por violación a las normas en riesgos laborales.

**Artículo 16.** El artículo 42 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

***Artículo 42.*** Naturaleza, administración y funcionamiento de las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de invalidez. Las Juntas Regionales y Nacional de calificación de invalidez son organismos del Sistema de la Seguridad Social del orden nacional, de creación legal, adscritas al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro, de carácter interdisciplinario, sujetas a revisoría fiscal, con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales, cuyas decisiones son de carácter obligatorio, sin perjuicio de la segunda instancia que corresponde a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, respecto de las regionales y conforme a la reglamentación que determine el Ministerio del Trabajo



Será conforme a la reglamentación que determine el Ministerio del Trabajo, la integración, administración operativa y financiera, los términos en tiempo y procedimiento para la expedición de dictámenes, funcionamiento y la inspección, vigilancia y control de estos aspectos, así como la regionalización del país para los efectos de funcionamiento de las Juntas, escala de honorarios a sus integrantes, procedimientos operativos y recursos de reposición y apelación.

**Parágrafo 1**°. Los integrantes de las Juntas Nacional y regionales de Calificación de Invalidez se regirán por la presente ley y su reglamentación, actuarán dentro del respectivo período y, en caso necesario, permanecerán en sus cargos hasta tanto se realice la posesión de los nuevos integrantes para el período correspondiente, serán designados de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio del Trabajo.

**Parágrafo 2°.** Las entidades de seguridad social y los integrantes de las Juntas Regionales y Nacionales de Invalidez y los profesionales que califiquen, serán responsables solidariamente por los dictámenes que produzcan perjuicios a los afiliados o a los Administradores del Sistema de Seguridad Social Integral, cuando este hecho esté plenamente probado.

Es obligación de los diferentes actores de los Sistemas de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales la entrega oportuna de la información requerida y de la cual se disponga para fundamentar la calificación del origen, entre las entidades competentes para calificar al trabajador.

**Parágrafo 3°.** El Ministerio del Trabajo deberá organizar dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, la estructura y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez como parte de la estructura del Ministerio de Trabajo.

**Artículo 17.** Honorarios Juntas Nacional y Regionales. Los honorarios que se deben cancelar a las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez, de manera anticipada, serán pagados por la Administradora del Fondo de Pensiones en caso de que la calificación de origen en primera oportunidad sea común; en caso de que la calificación de origen sea laboral en primera oportunidad el pago debe ser cubierto por la Administradora de Riesgos Laborales, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Trabajo.

El Ministerio del Trabajo dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, reglamentará la materia y fijará los honorarios de los integrantes de las juntas.

**Parágrafo.** Las juntas de calificación perciljirán los recursos de manera anticipada, pero los honorarios de tos integrantes sólo serán pagados hasta que el respectivo dictamen haya sido expedido y entregado, recursos que deben ser diferenciados y plenamente identificables en la contabilidad.

**Artículo 18.** Adiciónese un inciso al artículo 142 del Decreto número 19 de 2012. Sin perjuicio de to establecido en este artículo, respecto de la calificación en primera oportunidad, corresponde a las Juntas Regionales calificar en primera

13

instancia la pérdida de capacidad laboral, el estado de invalidez y determinar su origen.

A la Junta de Calificación Nacional compete la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las Juntas Regionales.

La calificación se realizará con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, vigente a la fecha de calificación, que deberá contener los criterios técnicos - científicos de evaluación y calificación de pérdida de capacidad laboral porcentual por sistemas ante una deficiencia, discapacidad y minusvalía que hayan generado secuelas como consecuencia de una enfermedad o accidente.

**Artículo 19.** El artículo 43 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

***Artículo 43.*** Impedimentos, recusaciones y sanciones. Los integrantes principales y suplentes de las Juntas Regionales y Nacional, en número impar serán designados, de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de Trabajo. Los integrantes serán particulares que ejercen una función pública en la prestación de dicho servicio y mientras sean parte de las Juntas de calificación de Invalidez, no podrán tener vinculación alguna, ni realizar actividades relacionadas con la calificación del origen y grado de pérdida de la capacidad laboral o labores administrativas o comerciales en las Entidades Administradoras del Sistema Seguridad Social Integral, ni con sus entidades de dirección, vigilancia y control.

Los integrantes de las Juntas estarán sujetos al régimen de impedimentos y recusaciones aplicables a los Jueces de la República, conforme a lo dispuesto en el Código de Procedimiento Civil y su trámite será efectuado de acuerdo con el artículo 30 del Código Contencioso Administrativo y, como a particulares que ejercen funciones públicas, les es aplicable el Código Disciplinario Único.

**Parágrafo 1**°. Los integrantes de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales de calificación de invalidez no tienen el carácter de servidores públicos, no devengan salarios, ni prestaciones sociales y sólo tienen derecho a los honorarios establecidos por el Ministerio del Trabajo.

**Parágrafo 2º.** Los integrantes de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales de calificación de Invalidez no podrán permanecer más de dos (2) periodos continuos.

**Artículo 20.** Supervisión, inspección y control de las Juntas de Calificación de Invalidez. El Ministerio de Trabajo implementará un Plan Anual de Visitas para realizar la supervisión, inspección y control administrativo, operativo y de gestión financiera de las Juntas de calificación de Invalidez y verificará, entre otros aspectos, los tiempos de resolución de casos, la notificación y participación real de las partes involucradas en los procesos, el cumplimiento del debido proceso y el respeto de los derechos legales de todas las partes.

Así mismo implementará un sistema de información sobre el estado de cada proceso en trámite y podrá imponer multas en forma particular a cada integrante

1 ,1





de las juntas hasta por cien (100) salarios mínimos legales mensuales, graduales según la gravedad de la falta, por violación a las normas, procedimientos y reglamentación del Sistema General de Riesgos Laborales. Los recaudos por multas serán a favor del Fondo de Riesgos Laborales.

**Parágrafo: La** Contraloría General de la República tendrá el control fiscal sobre los dineros que ingresen a las Juntas de Calificación de Invalidez por ser dineros de carácter público.

La Procuraduría General de la Nación tendrá el control disciplinario sobre los integrantes de las Juntas de Calificación de Invalidez por ser particulares que ejercen funciones públicas.

**Artículo 21.** Salud Ocupacional del Magisterio. El Ministerio de Educación Nacional y el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio establecerán el Manual de Calificación de Invalidez y tabla de enfermedades laborales para los docentes afiliados a dicho fondo. Igualmente establecerá la implementación de los programas de salud ocupacional, los comités paritarios de salud ocupacional, las actividades de promoción y prevención y los sistemas de vigilancia epidemiológica. La adopción y puesta en marcha de lo anterior no afectará en nada el régimen especial de excepción en salud que de acuerdo con el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 está vigente para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. Las anteriores actividades se reglamentarán en el término de un año por el Ministerio de Educación Nacional, contado a partir de la vigencia de la presente ley.

**Artículo 22.** Prescripción. Las mesadas pensionales y las demás prestaciones establecidas en el Sistema General de Riesgos Profesionales prescriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la fecha en que se genere, concrete y determine el derecho.

**Artículo 23.** Licencias en Salud Ocupacional. El Ministerio de la Salud y Protección Social reglamentará en el término de seis (6) meses, contados- a partir de la vigencia de la presente ley, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, que como mínimo deben comprender: requisitos, experiencia, campo de acción de acuerdo a su profesión, cobertura nacional y departamental, formación académica, y vigencia de la licencia. La expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional estará a cargo de las entidades departamentales y distritales de salud.

Se reconocerá la expedición y renovación de las licencias de salud ocupacional a los profesionales universitarios con especialización en salud ocupacional, a los profesionales universitarios en un área de salud ocupacional, tecnólogos en salud ocupacional y técnicos en salud ocupacional, todos ellos con títulos obtenidos en una institución de educación superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional.

-

15

**Artículo 24.** Flujo de recursos entre el Sistema de Riesgos Laborales y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para garantizar el adecuado y oportuno flujo de recursos entre los Sistemas de Riesgos Laborales y de Seguridad Social en Salud, se aplicarán las siguientes reglas, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 6° del Decreto-ley 1295 de 1994:

* 1. Las Administradoras de Riesgos Laborales ARL pagarán a las Entidades Promotoras de Salud EPS el valor de las prestaciones asistenciales y económicas de eventos calificados en primera oportunidad como de origen laboral incluidas las pagadas dentro de los tres años anteriores a dicha calificación y que hayan sido asumidas por las Entidades Promotoras de Salud EPS, el reembolso se efectuará dentro de los 30 días calendario posteriores a la presentación de la solicitud, siempre que la misma cumpla con los requisitos que señale el reglamento que para el efecto se haya expedido o expida el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Trabajo y sin que se haya formulado objeción o glosa seria y fundada en cuanto al origen atinente a la solicitud de reembolso por parte de la Administradora de Riesgos Laborales, ARL. En caso de objeción o glosa, esta se definirá por los mecanismos de solución de controversias previstos en las normas legales vigentes y en todo caso, en el evento en que no exista solución por este medio, se procederá a definir el responsable del pago, una vez exista dictamen en firme de la Junta de calificación de Invalidez respectiva.
  2. Cuando las Administradoras de Riesgos Laborales ARL no paguen dentro de los plazos establecidos en el numeral anterior a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, estando las Administradora de Riesgos Laborales, ARL, obligadas a hacerlo, o si las glosas formuladas resultan infundadas deberán reconocer intereses de mora a favor de las EPS, desde la fecha de presentación de la solicitud de reembolso, liquidados a la tasa moratoria máxima legal vigente que

(l rige para todas las obligaciones financieras aplicables a la seguridad social.

La EPS deberá compensar de igual manera al prestador del servicio o al proveedor del bien, cuando su pago se haya visto condicionado, sin perjuicio de los derechos legales del condicionamiento.

* 1. La presentación de la solicitud de reembolso efectuada por la Entidad Promotora de Salud EPS ante la Administradora de Riesgos Laborales ARL, interrumpe la prescripción de la cuenta de cobro, siempre y cuando se reúnan los requisitos que señale el reglamento que se haya expedido o expida el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio del Trabajo.

Los términos de prescripción continuarán rigiéndose por las normas legalmente vigentes.

Lo dispuesto en este numeral no revivirá situaciones ya prescritas.

El derecho a solicitar reembolsos entre los sistemas de salud y riesgos laborales y viceversa por el costo de las prestaciones en salud derivadas de una enfermedad laboral o de un accidente de trabajo, prescribe en el término de cinco (5) años, a partir de la última de las fechas enunciadas a continuación:

* + 1. La fecha de la calificación en primera oportunidad del origen laboral del evento o de la secuela por parte de la EPS, cuando dicha calificación no sea susceptible de controversia por las administradoras o por el usuario;
       - *,r*



* + 1. La fecha de calificación del origen laboral del evento o de la secuela por parte de la Junta Regional de calificación de Invalidez, cuando dicha calificación no sea susceptible de recurso ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez;
    2. La fecha de calificación del origen laboral del evento o de la secuela por parte de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez;
    3. La fecha de presentación de la factura de la IPS a la EPS, cumpliendo con los requisitos exigidos.

No obstante lo anterior, será de tres (3) años la prescripción cuando se trate del pago de subsidios por incapacidad temporal, para lo cual el término se contará desde el momento en que esté en firme el dictamen según lo establecido en el parágrafo 3° del artículo 5° de la presente ley.

**Artículo 25.** Adiciónese el artículo 4° del Decreto número 1295 de 1994,

características del Sistema, con el siguiente parágrafo:

**Parágrafo.** Toda ampliación de cobertura tendrá estudio técnico y financiero previo que garantice la sostenibilidad financiera del Sistema General de Riesgos Laborales.

**Artículo 26:** Modifíquese el literal g) y adiciónese el parágrafo 2 al artículo 21

del Decreto número 1295 de 1994 así:

g) Facilitar los espacios y tiempos para la capacitación de los trabajadores a su cargo en materia de salud ocupacional y para adelantar los programas de promoción y prevención a cargo de las Administradoras de Riesgos Laborales.

**Parágrafo 2:** Referente al teletrabajo, las obligaciones del empleador en Riesgos Laborales y en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST son las definidas por la normatiVidad vigente.

**Artículo 27:** Modifíquese el literal d), y adiciónese un parágrafo al artículo 22

del Decreto 1295 de 1994 así:

d) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST de la empresa y asistir periódicamente a los programas de promoción y prevención adelantados por las Administradoras de Riesgos Laborales.

**Parágrafo:** Referente al teletrabajo, las obligaciones del teletrabajador en Riesgos Laborales y en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST son las definidas por la normatividad vigente.

**Artículo 28.** Las fuentes de recursos que serán asignados al Instituto Nacional de Salud para investigación en salud laboral serán las siguientes:

D

17

Un porcentaje de lo que recibe el Fondo de Riesgos Laborales correspondiente al 1% del 3% que recibe el fondo de riesgos laborales del total de cotizaciones del sistema.



Por recursos de cooperación internacional.

El Consejo Nacional de Riesgos determinará anualmente, el monto de los recursos del Fondo de Riesgos Laborales para investigación en salud laboral del Instituto Nacional de Salud.

**Artículo 29.** El Instituto Nacional de Salud como autoridad científico-técnica en salud ejercerá la dirección, coordinación y ejecución de las políticas de investigación científica en salud, fomentará la investigación en salud laboral, establecerá las líneas prioritarias de investigación en salud laboral con la sociedad científica en medicina del trabajo de los problemas de mayor incidencia y prevalencia en la salud de los trabajadores.

El Instituto Nacional de Salud desarrollará proyectos de investigación en salud laboral y convocará de manera activa y obligatoria a todos los actores del sistema y a los grupos e instituciones de investigación a participar en proyectos de investigación en salud laboral, de acuerdo a las líneas de investigación establecidas como prioritarias.

l

1

**Artículo 30.** Reporte de Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral. Cuando el Ministerio del Trabajo detecte omisiones en los reportes de accidentes de trabajo y enfermedades laborales que por ende afecte el cómputo del Índice de Lesiones Incapacitantes (IU) o la evaluación del programa de salud ocupacional por parte de los empleadores o contratantes y empresas usuarias, podrá imponer multa de hasta mil (1.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes, sin perjuicio de las demás multas que por otros incumplimientos pueda llegar a imponer la autoridad competente.

**Artículo 31.** Destinación Específica de los Recursos del Sistema. En desarrollo de lo dispuesto por el inciso 5° del artículo 48 de la Constitución Política, los recursos del Sistema de Seguridad Social en Riesgos Laborales incluyendo las cotizaciones pagadas, las reservas técnicas, y las reservas matemáticas constituidas para el pago de pensiones del sistema, así como sus rendimientos financieros, siempre que estos estén destinados a respaldar financieramente las prestaciones del Sistema General de Riesgos Laborales, no podrán ser gravados con impuestos, tasas o contribuciones del orden Nacional o a favor de Entidades Territoriales

**Artículo 32.** Comisión Especial de Inspectores del Trabajo en Materia de Riesgos Laborales y Sistema Nacional de Inspectores del Trabajo. El Ministerio del Trabajo establecerá una Comisión Permanente y Especial de Inspectores del Trabajo que tendrá a su cargo la prevención y promoción en materia de riesgos laborales y la vigilancia del estricto cumplimiento de las normas relativas a la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales y así

1111. t I t• t l"lí'hll I t 1111 *t* 1 1 1



mismo, velará por el cumplimiento y observancia de las normas en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.

Esta Comisión tendrá un carácter Nacional y para tener cobertura en todo el Territorio Nacional, podrá cuando lo estime conveniente, crear de manera temporal o permanente junto con las Direcciones Territoriales del Ministerio del Trabajo, Subcomisiones Regionales o Inspectores del Trabajo Delegados para los fines de prevención y promoción en materia de riesgos laborales y demás fines pertinentes en materia de salud ocupacional y seguridad industrial.

Para los fines previstos en el presente artículo, los inspectores realizarán visitas periódicas y permanentes a las distintas ARL y empresas afiliadas al Sistema General de Riesgos Laborales, y estarán facultados para requerir a las distintas administradoras y empresas para efectos del cumplimiento cabal de las normas y disposiciones del sistema y demás concordantes, cuyas sanciones las impondrá el Director Territorial y su segunda instancia será la Dirección de Riesgos Laborales.

La Comisión Especial de Inspectores de Trabajo para la prevención *y* promoción de los riesgos laborales, tendrá a su cargo la competencia preferente para conocer de las conciliaciones derivadas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades laborales, así como las demás derivadas de conflictos relacionados con el sistema general de riesgos laborales. De igual forma, las subcomisiones regionales o los inspectores del trabajo delegados tendrán esa

·competencia preferente en el nivel regional.

Los inspectores del trabajo que integren cualquiera de las comisiones establecidas en el presente artículo o que sean nombrados como delegados regionales para los fines de prevención y promoción en materia de riesgos laborales, deberán cursar una capacitación en dicha materia de por lo menos cuarenta (40) horas, dictada por expertos en esta temática y/o por instituciones académicas idóneas para tal fin.

Se creará de igual forma el Sistema Nacional de Inspecciones del Trabajo, bajo la dirección y control del Ministerio del Trabajo, o quien haga sus veces, el cual estará conformado por las inspecciones del trabajo, los inspectores de trabajo, los coordinadores de Inspección, Vigilancia y Control, personal de apoyo interdisciplinario y contará con la concurrencia de todas las dependencias de las diferentes entidades estatales que dentro de sus funciones realicen **visitas** de inspección in situ a las diferentes empresas ubicadas en el territorio nacional. El personal asignado por el respectivo Director Territorial o por el Director(a) de Inspección, Vigilancia, Control y Gestión Territorial del nivel central, para realizar las visitas in situ diferentes a los inspectores del trabajo, al realizar una visita, deberán procurar observar el entorno laboral, el clima de trabajo y las condiciones laborales de los trabajadores. En estos casos, podrán recibir las quejas de los trabajadores de manera independiente sin presencia de los empleadores o patronos o contratantes, para remitirlas a los inspectores de trabajo, en un lapso no superior a 48 horas, junto con cualquier recomendación de intervención de las inspecciones de trabajo en las empresas visitadas.

Los Inspectores de Trabajo de la respectiva jurisdicción o aquellos que sean designados por el Director{a) de Inspección, Vigilancia, Control y Gestión Territorial del nivel central deberán presentarse al lugar donde existan indicios sobre presuntas irregularidades en el cumplimiento de la norma de riesgos laborales o laboral o en donde se detectaron las falencias que originaron las

•

19

observaciones dentro de los cinco (5) días siguientes a la recepción de la queja, si así se requiere.

El Ministerio del Trabajo reorganizará las competencias de las Direcciones Territoriales en materia de inspección, vigilancia, control y gestión territorial, en 1 materia de riesgos laborales y laboral.

El Viceministro de Relaciones Laborales del Ministerio de Trabajo a través de la Dirección de Inspección, Vigilancia, Control y Gestión Territorial, ejercerá un PODER PREFERENTE frente a las investigaciones y actuaciones que se adelanten dentro del contexto del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en todo el Territorio Nacional, teniendo expresa facultad para decidir si una Dirección Territorial o los inspectores asignados, continúan y/o terminan una investigación administrativa adelantada por otra Dirección Territorial o si esta es asumida directamente por la Dirección de Inspección, Vigilancia, Control y Gestión Territorial del nivel central.

Sin perjuicio de las actividades propias de las funciones de los Inspectores de Trabajo, El Viceministro de Relaciones Laborales del Ministerio de Trabajo a través de la Dirección de Inspección, Vigifc.ncia, Control y Gestión Territorial, podrá asumir el control de las investigaciones y actuaciones cuando lo considere

pertinente, para lo cual se creará una Unidad de Investigaciones Especiales

**f**

adscrita al Despacho del Viceministerio de Relaciones Laborales.

Corresponde a la Dirección General de Inspección, Vigilancia, Control y Gestión Territorial, previas instrucciones y lineamientos del Viceministerio de Relaciones Laborales, articular y desarrollar los mecanismos mediante los cuales se genera la intervención oportuna de la Unidad de Investigaciones Especiales, que le permita conocer, iniciar, adelantar y culminar cualquier actuación administrativa dentro del marco de las competencias del Ministerio de Trabajo, así como comisionar y adelantar investigaciones administrativas en riesgos laborales o laboral, con su propio personal o con inspectores o personal multidisciplinario de otras jurisdicciones o Direcciones Territoriales.

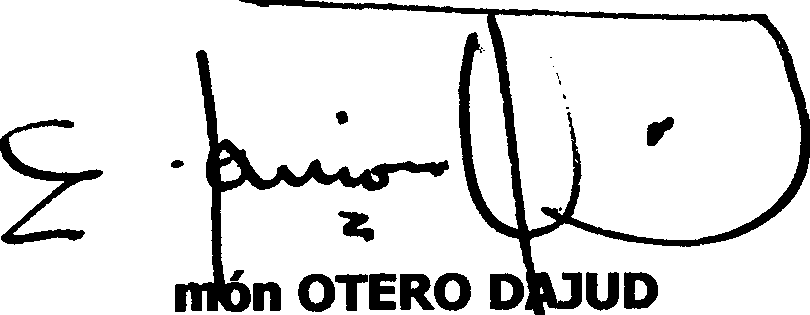
La Unidad de Investigaciones Especial conocerá y fallará en primera instancia los asuntos relacionados con Riesgos Laborales; y conocerá o decidirá en segunda instancia la Dirección de Riesgos laborales.

**Parágrafo. La** inspección, vigilancia y control del Ministerio del Trabajo en Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST del sector minero será para verificar cumplimiento de normas del Sistema General de Riesgos Profesionales. En el caso de que en una visita o investigación existan posibles violaciones de normas de seguridad minera establecidos en el Decreto 1335 de 1987, Decreto 2222 de 1993, el Decreto 35 de 1994 o normas que lo modifiquen o adicionen deberá darle traslado por competencia a la Agencia Nacional de Minería. En las visitas de fiscalización de la Agencia Nacional de Minería del Ministerio de Minas y Energía donde se encuentre posibles violaciones a normas del Sistema General de Riesgos Profesionales diferentes a seguridad minera, se debe dar traslado por competencia a la Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo. En todo caso, la inspección, vigilancia y control de la aplicación de las normas de seguridad minera estará a cargo de la Agencia Nacional de Minería del Ministerio de Minas y Energía de acuerdo a la normatividad vigente.

* \_,.,.......,. ,,-"\_.\_ .1141....,............,,,......-...,1 ----•-• ...,..

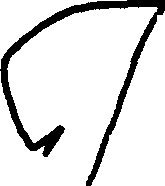
1•1-•-·...,.,\_,-•••-,o-,--•\_,\_,--••-·\_.....,.\_..,,911111-r•t114i1'11t..,.,.,.,....,il!"'t'lll. ,•M111-•-•\_,

,;•r,...;\_,,.,\_,..,.,•q11F11'1F-•1..,. 1...,...,11\_1r\_•-1••-•--q



**Artículo 33.** Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga tocias las disposiciones que le sean contrarias.

El PRESIDENTE DEL H. SENADO DE LA REPUBUCA

*\_Qé¿,*

**Juan M nuel CORZO ROMÁN**

o

-El SECRETARIO GENERAL DEL H. SENADO DE LA REPUBUCA

**Emilio Ra**

El PRESIDENTE DE LA H. CÁMARA DE REPRESENTANTES



**RIA MUÑOZ**

El SECRETARIO GENERAL DE LA H. CÁMARA DE REPRESENTANTES

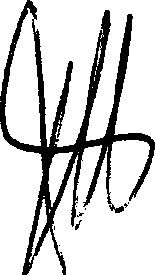
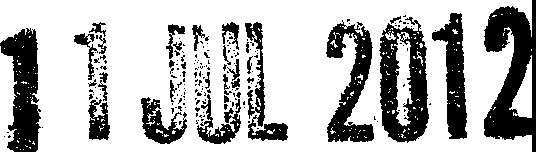
vip

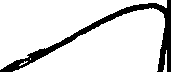
21

LEY No.=1....5;;;...6.;;..2.;;;;

"POR LA CUAL SE MODIFICA EL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES EN **MATERIA** DE SALUD OCUPACIONAL"

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL PUBLÍQUESE **Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., a los 



EL VICEMINISTRO GENERAL DEL MINISTERIO DE HA ENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, ENCARGADO DE LAS FUNCIONES L DE PA HO DEL MINISTRO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO,

EL VICEMINISTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL, D L MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, ENCARGADO DE LAS FU CIONES DEL DESPACHO DE **LA MINISTRA** DE SALUD Y PROTECCIÓN Sru -

**NORMAN\JULIO MUNOZ MUNOZ**



·----¡

EL MINISTRO DE TRABAJO,

lJ l l *L*

**RAFAEL PARDO RUEDA**

[](http://www.funcionpublica.gov.co/)

# Ley 1438 de 2011

Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la Función Pública no se hace responsable de la vigencia de la presente norma. Nos encontramos en un proceso permanente de actualización de los contenidos.

LEY 1438 DE 2011

(Enero 19)

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

Declarada EXEQUIBLE, por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-791 de 2011, por el cargo examinado.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

[Ver Decreto Nacional 971 de 2011,](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=42017&0) DECRETA:

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

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

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

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

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

* 1. Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.
  2. Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.
  3. Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.
  4. Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.
  5. Acceso efectivo a los servicios de salud.

Cada cuatro (4) años el Gobierno Nacional hará una evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud con base en estos indicadores. Cuando esta evaluación muestre que los resultados en salud deﬁcientes, el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud evaluarán y determinarán las medidas a seguir.

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

* 1. Universalidad. El Sistema General de Segundad (Sic) Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
  2. Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre

las personas.

* 1. Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.
  2. Obligatoriedad. La aﬁliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.
  3. Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneﬁcios.
  4. Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.
  5. Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneﬁcios a los aﬁliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y cientíﬁcos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.
  6. Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia cientíﬁca, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
  7. Eﬁciencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.
  8. Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y ﬁscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.
  9. Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneﬁcios.
  10. Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.
  11. Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se ﬁnanciarán con los recursos destinados por la ley para tal ﬁn, los cuales deberán tener un ﬂujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad ﬁscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el ﬂujo de recursos del mismo.
  12. Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la deﬁnición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
  13. Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.
  14. Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los ﬁnes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
  15. Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

318 Irrenunciabilidad. El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

* 1. Intersectorialidad. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.
  2. Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.
  3. Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

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

ARTÍCULO 5°. *Competencias de los distintos niveles de la Administración Pública*. Adicionar al artículo [42](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452&42) de la Ley 715 de 2001 los siguientes numerales:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TÍTULO II

SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

CAPÍTULO I SALUD PÚBLICA

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

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

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

PARÁGRAFO TRANSITORIO. El primer Plan Decenal deberá ponerse en vigencia en el año 2012.

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

PARÁGRAFO 1°. [Reglamentado por el Decreto Nacional 859 de 2014](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=57316&0). Para los efectos de coordinación créese una Comisión Intersectorial de Salud Pública que se reunirá cada seis (6) meses para hacer seguimiento a las acciones para el manejo de determinantes en salud, la cual informará al CONPES.

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

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

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

* 1. El Observatorio Nacional de Salud será el responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por Asegurador, Prestador y Ente Territorial. Los resultados y

tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema.

* 1. Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomienda la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud y prioridades en investigación y desarrollo en la materia. Dichas variables e indicadores podrán desagregarse por sexo, edad, región, raza y etnia.
  2. Servir de soporte técnico a las autoridades del país, en materia de análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones.
  3. Realizar directa o indirectamente, evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones de grupos poblacionales especiales, y hacer públicos los resultados.
  4. Fortalecer el Sistema de Información Epidemiológica, con énfasis en las zonas de frontera.
  5. Generar espacios de discusión de resultados y construcción de propuestas.
  6. Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, o a la entidad que haga sus veces.
  7. Presentar reportes a las Comisiones Séptimas Conjuntas, de Cámara y Senado, antes de ﬁnalizar cada legislatura sobre todas las evaluaciones periódicas que realizaren.

CAPÍTULO II

ACCIONES DE SALUD PÚBLICA, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

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

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud

pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a ﬁn de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

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

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

* 1. El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eﬁciencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.
  2. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
  3. Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
  4. Cultura del autocuidado.
  5. Orientación individual, familiar y comunitaria.
  6. Atención integral, integrada y continua.
  7. Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
  8. Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suﬁciente y cualiﬁcado.
  9. Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutividad.
  10. Participación activa de la comunidad.
  11. Enfoque territorial.

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

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

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

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

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

TÍTULO III

ATENCIÓN PREFERENTE Y DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

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

La Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces deﬁnirá y actualizará esta parte especial y diferenciada cada dos años, que contemple prestaciones de servicios de salud para los niños, niñas y adolescentes, garantice la promoción, la efectiva prevención, detección temprana y tratamientos adecuados de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y sicológico de derechos vulnerados y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad, teniendo en cuenta sus ciclos vitales, el perﬁl epidemiológico y la carga de la enfermedad.

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

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

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

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

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

TÍTULO IV ASEGURAMIENTO CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 22. *Portabilidad nacional.* [Reglamentado por el Decreto Nacional 1683 de 2013](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=54074&0). Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneﬁcios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad. PARÁGRAFO TRANSITORIO. Esta disposición entrará en vigencia a más tardar el primero (1°) de junio del 2013.

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

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

NOTA: Inciso primero y segundo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia [C-262](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=55476&1%2A) de 2013.

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

ARTÍCULO 24. *Requisitos del funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud.* El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para que las Entidades Promotoras de Salud tengan un número mínimo de aﬁliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del

riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia, la capacidad ﬁnanciera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada.

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

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

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

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

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

[Ver el Parágrafo Transitorio del art. 116, Decreto Nacional 019 de 2012](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322&116.P.T)

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

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

ARTÍCULO 27. *Creación de la Junta Técnica-Cientíﬁca de pares.* [Modiﬁcado por el art. 116, Decreto Nacional 019 de 2012](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322&116). La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y cientíﬁca de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el Plan de Beneﬁcios, negada o aceptada por el Comité Técnico-Cientíﬁco de la Entidad Promotora de Salud; la junta técnica cientíﬁca de pares tendrá un término de siete (7) días calendario para emitir el concepto respectivo. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo. Nota: Declarado EXEQUIBLE de manera condicionada por la Corte Constitucional mediante Sentencia C- 934 de 2011 de la Corte Constitucional (i) en el entendido de que en los casos en los que el médico tratante indique que existe una urgencia en los términos señalados en la consideración 2.8.2.3., el suministro de los servicios y/o medicamentos excluidos de los planes de beneﬁcios -expresamente o no- no deberá supeditarse ni a la aprobación del Comité Técnico Cientíﬁco de la respectiva EPS, ni al de la Junta Técnico Cientíﬁca de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud, por las razones expuestas en esta providencia; (ii) en el entendido de que en los demás casos, es decir cuando no existe urgencia ni el CTC autorizó la prestación, si no se cumple el término perentorio de siete días previsto por la disposición censurada para que la JTCP emita su concepto, el servicio debe prestarse de manera inmediata por la EPS; y (iii) en el entendido de que la revisión de la Junta no suspende las autorizaciones de los comités de servicios no previstos en los planes de beneﬁcios, de forma que las EPS deben suministrarlos de forma inmediata.

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

[Ver el art. 153, Ley 1450 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43101&153)

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

CAPÍTULO II ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

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

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

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

[Ver la Resolución Min. Protección 2320 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43185&0)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[Ver Circular Externa del Min. Protección 012 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41569&0) [Ver arts. 9 y 10, Ley 1608 de 2013](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51120&9),

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

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

recaudados.

CAPÍTULO III UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

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

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

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

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

[Ver el art. 52, Ley 1448 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43043&52). [Ver el art. 6, Decreto Nacional 2734 de 2012](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51083&6),

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

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

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

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

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

* 1. Las personas naturales declarantes del impuesto de renta y complementarios, impuesto a las ventas e impuesto de industria y comercio.
  2. Quienes tengan certiﬁcados de ingresos y retenciones que reﬂejen el ingreso establecido para pertenecer al Régimen Contributivo.
  3. Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el Gobierno Nacional.

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

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

ARTÍCULO 34. *Subsidio parcial a la cotización*. Las personas elegibles al subsidio parcial a la cotización no aﬁliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%, o aporte equivalente de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al Régimen Subsidiado o al Régimen Contributivo en cuyo caso no incluirá prestaciones económicas. Este subsidio será el 67% de la cotización o del aporte equivalente con cargo a los recursos de la subcuenta de Compensación del Fosyga en el caso de los aﬁliados al Régimen Contributivo y de la subcuenta de Solidaridad en el caso del Subsidiado. El 33% de la cotización o aporte equivalente deberá ser pagado previamente por el aﬁliado.

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

Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del Régimen Subsidiado en razón de su relación laboral, el patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al

valor que en proporción al pago que por el trabajador debería aportar al Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas.

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

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

CAPÍTULO IV

PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD

ARTÍCULO 37. *Planes Voluntarios de Salud.* Sustitúyase el artículo [169](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248&169) de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

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

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

Tales Planes podrán ser:

* 1. Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.
  2. Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.
  3. Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.
  4. Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud".

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

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

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

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

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

TÍTULO V FINANCIAMIENTO

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

* 1. Los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata Ley 715 de 2001.
  2. Los recursos de la Unidad de Pago por capitación destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud.
  3. Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga.
  4. Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.
  5. Los recursos que destinen y administren las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención, que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud.
  6. Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública.
  7. Los recursos que del cuarto (1/4) de punto de las contribuciones paraﬁscales de las Cajas de Compensación Familiar se destinen a

atender acciones de promoción y prevención en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Cuando estos recursos sean utilizados para estos ﬁnes, un monto equivalente de los recursos del presente numeral se destinará al Régimen Subsidiado con cargo al numeral 1.

* 1. Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

ARTÍCULO 43. *Recursos del Fondo de Riesgos Profesionales para Prevención y Promoción.* Adiciónese un literal d), modifíquese el parágrafo y créese un parágrafo transitorio al artículo [22](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16752&22) de la Ley 776 de 2002, así:

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

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

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

ARTÍCULO 44. *Recursos para aseguramiento.* El artículo [214](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248&214) de la Ley 100 de 1993, modiﬁcado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:

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

1. De las entidades territoriales
2. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, se destinarán al Régimen Subsidiado partiendo como mínimo del sesenta y cinco por ciento (65%) de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a ﬁnanciar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se destinará a ﬁnanciar prioritariamente la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio de salud en condiciones de eﬁciencia y/o subsidios a la demanda, de acuerdo con los planes ﬁnancieros y de transformación de recursos que presenten las entidades territoriales, los cuales deberán ser avalados de manera conjunta por los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.
3. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de ﬁnanciamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.
4. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la ﬁnanciación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.
5. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.
6. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la ﬁnanciación del Régimen Subsidiado.
7. Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)
8. Uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los aﬁliados al Régimen Contributivo.
9. El monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
10. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la uniﬁcación de los planes de beneﬁcios, una vez aplicadas las demás fuentes que ﬁnancian el Régimen Subsidiado.
11. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley.
12. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.
13. Otros
14. Recursos deﬁnidos por recaudo de IVA deﬁnidos en la Ley 1393 de 2010.
15. Los rendimientos ﬁnancieros que produzcan las diferentes fuentes que ﬁnancian el Régimen Subsidiado.
16. Recursos de la contribución paraﬁscal de las Cajas de Compensación Familiar.

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

ARTÍCULO 46. *Recursos de las Cajas de Compensación Familiar.* [Reglamentado por el art. 1, Decreto Nacional 2687 de 2012](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51013&1), [Reglamentado](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=56268&0) [por el Decreto Nacional 3046 de 2013](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=56268&0), [Reglamentado por el Decreto Nacional 2562 de 2014](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60299&0). Sin perjuicio de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se destinará un cuarto (1/4) de punto porcentual de la contribución paraﬁscal, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación Familiar, a atender acciones de promoción y prevención dentro del marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud y/o en la uniﬁcación de los Planes de Beneﬁcios, de forma concertada entre el Gobierno Nacional y las Cajas de Compensación Familiar, conforme al reglamento.

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

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

ARTÍCULO 47. *Seguro de salud por desempleo.* Modifíquense los artículos [10](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6778&10) y [11](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6778&11) de la Ley 789 de 2002, los cuales quedarán así:

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

* 1. Un subsidio equivalente a un salario y medio mínimo legal mensual, el cual se dividirá y otorgará en seis cuotas mensuales iguales, las cuales se podrán hacer efectivas a través de aportes al sistema de salud. Los aportes al Sistema de Salud serán prioritarios frente a los otros usos siempre que el beneﬁciario no se encuentre aﬁliado. Para efectos de esta obligación, las cajas destinarán un máximo del cuarenta y cinco por ciento (45%) de los recursos que les corresponde administrar con cargo al fondo para el fomento del empleo y la protección al desempleo;
  2. Capacitación para el proceso de inserción laboral y/o educación y/o bonos alimentarios. Para efectos de esta obligación las Cajas destinarán un máximo del diez por ciento (10%) de los recursos que les corresponde administrar con cargo al fondo para el fomento al empleo y protección al desempleo.

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

ARTÍCULO 48. *Impuesto social a las armas y municiones.* Modifíquese el artículo [224](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248&224) de la Ley 100 de 1993, el cual quedará de la siguiente manera:

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

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

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

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

PARÁGRAFO. A más tardar el primero de enero de 2012, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) cancelará las obligaciones a su cargo

causadas a la fecha de expedición de la presente ley y que cumpla con los requisitos deﬁnidos para estos efectos.

ARTÍCULO 50. *Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet)*. [Modiﬁcado por el art. 7, Ley 1608 de 2013](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51120&7). [Reglamentado](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60226&0) [parcialmente por el Decreto Nacional 2651 de 2014.](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60226&0) Créase el Fondo de Garantías para el Sector Salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, se ﬁnanciará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas, se pagará hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social. NOTA: Declarado EXEQUIBLE mediante Sentencia de la Corte Constitucional C-198 de 2012

[Ver el Decreto Nacional 4690 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44988&0)

Para ﬁnanciar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transﬁeren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010.

Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para evitar la intervención o liquidación.

Para los anteriores efectos los términos y condiciones para la administración del fondo los establecerá el Gobierno Nacional. (Modiﬁcado por el Art. [7](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934&7) del Decreto 538 de 2020)

(Corregido por el Art. [1](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=117857&1) del Decreto 607 de 2020)

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

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

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

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

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

TÍTULO VI

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

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

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

NOTA: Numeral declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia [C-197](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47769&0) de 2012

* 1. La capitación no libera a las Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.
  2. La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección especíﬁca, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud.

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

ARTÍCULO 53. *Prohibición de limitaciones al acceso.* Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

ARTÍCULO 53A. [Adicionado por el art. 5, Ley 1639 de 2013](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53627&5).

ARTÍCULO 54. *Restablecimiento de la salud de las mujeres v*í*ctimas de la violencia*. La prestación de los servicios de salud física y mental

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 58. *Habilitación de prestadores de servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad; para tal ﬁn los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida, deberán garantizar la veriﬁcación de dichas condiciones y su periódica revisión. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán garantizar la veriﬁcación de los servicios que lo requieran en el plazo que establezca el reglamento. La actividad de habilitación, para ser realizada oportuna y en los términos establecidos, puede ser contratada por las entidades territoriales con terceros especializados en la materia.

PARÁGRAFO . Toda nueva institución prestadora de servicios de salud, los nuevos servicios de urgencias, alta complejidad y oncología, para el inicio de actividades y para que el prestador de servicios de salud pueda ofertarlos y contratar, deberán contar con veriﬁcación previa del cumplimiento de condiciones de habilitación expedida por la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, para lo cual dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud.

([Parágrafo modiﬁcado por el Art. 92 del Decreto 2106 de 2019](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=103352&92.2)) ([Modiﬁcado por el artículo 118 del Decreto Ley 019 de 2012](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322&118))

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

condicionada mediante Sentencia de la Corte Constitucional C-171 de 2012, en el entendido que la potestad de contratación otorgada por este artículo a las Empresas Sociales del Estado para operar mediante terceros, solo podrá llevarse a cabo siempre y cuando no se trate de funciones permanentes o propias de la entidad, cuando estas funciones no puedan llevarse a cabo por parte del personal de planta de la Empresa Social del Estado o cuando requiera conocimientos especializados.

CAPÍTULO II

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

* 1. Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que deﬁna la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográﬁca, cultural y económica.
  2. Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.
  3. Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.
  4. Recurso humano suﬁciente, valorado, competente y comprometido.
  5. Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutiva para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.
  6. Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.
  7. Red de transporte y comunicaciones.
  8. Acción intersectorial efectiva.
  9. Esquemas de participación social amplia.
  10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, ﬁnanciero y logístico.
  11. Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
  12. Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.
  13. Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.

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

* 1. La identiﬁcación de la población a atender y la determinación del riesgo en salud.
  2. La identiﬁcación de factores de riesgo y factores protectores.
  3. Consenso en torno a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
  4. Consenso en torno al modelo de atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perﬁl de la población.
  5. El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notiﬁcación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.
  6. La articulación de la oferta de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles, en el espacio poblacional determinado.
  7. La garantía de un punto de primer contacto, que serán los equipos básicos de salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos.
  8. La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información.
  9. Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.
  10. La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia.

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS Y EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

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

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

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

[Ver la Circular de la Sec. Salud 005 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43270&0), [Ver el Decreto Nacional 2923 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43726&0), [Ver el Decreto Nacional 2993 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43749&0)

* 1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.
  2. El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
  3. Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.
  4. Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PARÁGRAFO. Concédase el plazo mínimo de dos (2) años, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, para que las entidades territoriales y los hospitales públicos le suministren al Ministerio de Hacienda y Crédito Público la información que le permita suscribir los convenios de concurrencia y emitan los bonos de valor constante respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental. El incumplimiento de lo establecido en el presente artículo será sancionado como falta gravísima.

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 81. *Adopción de Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero*. Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán someterse a un programa de saneamiento ﬁscal y ﬁnanciero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

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

([Este artículo fue derogado por la Ley 1955 de 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93970&1955))

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

* 1. Acuerdos de reestructuración de pasivos.
  2. Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, independientemente de que la Empresa Social del Estado esté adelantando o no programas de saneamiento.
  3. Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

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

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

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

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

[Ver el art. 156, Ley 1450 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43101&156)

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 91. *Codiﬁcación de insumos y dispositivos médicos.* [Modiﬁcado por el art. 117, Decreto Nacional 019 de 2012](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45322&117). [Reglamentado por](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53772&0) [la Resolución Min Salud 2535 de 2013.](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53772&0) El Ministerio de la Protección Social, expedirá en un plazo máximo de 6 meses, la norma que permita la codiﬁcación de los insumos y dispositivos médicos a los cuales el Invima haya otorgado registro sanitario y los que en el futuro autorice.

CAPÍTULO V

INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

ARTÍCULO 92. *Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.* Autorícese al Ministerio de la Protección Social la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades cientíﬁcas y la Academia Nacional de Medicina, esta entidad será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia cientíﬁca, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del

Plan de Beneﬁcios, sus orientaciones serán un referente para la deﬁnición de planes de beneﬁcios, para los conceptos técnicos de los Comités Cientíﬁcos y la Junta Técnico Cientíﬁco y para los prestadores de los servicios de salud.

ARTÍCULO 93. *Objetivos del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.* Son objetivos del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud:

* 1. Evaluar las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: seguridad, eﬁcacia, eﬁciencia, efectividad, utilidad e impacto económico.
  2. Consultar las evaluaciones de tecnologías con Centros de Evaluación acreditados para la evaluación de tecnologías médicas nacionales e internacionales.
  3. Articular la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país, así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías.
  4. Diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia cientíﬁca, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud.
  5. Difundir las metodologías empleadas y la información producida.
  6. Los demás que sean necesarios para el desarrollo de su objeto.

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

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

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

CAPÍTULO VI TALENTO HUMANO

ARTÍCULO 97. *De la política de Talento Humano.* El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, deﬁnirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

ARTÍCULO 98. *De la formación continua del Talento Humano en Salud.* El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos especíﬁcos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.

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

ARTÍCULO 99. *De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud.* Modifícase el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

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

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

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

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

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

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

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Las instituciones prestadoras de servicios de salud que hoy ostenten el carácter de hospitales universitarios, para la acreditación en salud deben realizar los siguientes trámites:

* 1. La autoevaluación con los estándares de acreditación que le sean aplicables, en las vigencias 2020 a 2021, lo cual se soportará con el documento de autoevaluación remitido al Ministerio de Salud y Protección Social.
  2. La gestión interna, ajustes e implementación de mejoras de acuerdo con los hallazgos de la autoevaluación, realizando nuevamente la evaluación de seguimiento, en las vigencias 2022 a 2023, lo cual se soportará con el documento de evaluación de seguimiento remitido al Ministerio de Salud y Protección Social.
  3. El proceso de postulación con el ente acreditador que se encuentre inscrito en el registro especial de acreditadores en salud de Colombia, en la vigencia 2024, lo cual se soportará con el documento que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
  4. Contar con estudio de capacidad instalada para la docencia en servicios que permitan desarrollar los programas académicos preferentemente de posgrado.
  5. En adelante mantener la condición de acreditado en salud.

Los anteriores requisitos podrán ser cumplidos, en su totalidad, en cualquier momento dentro de los plazos aquí establecidos y deberán cumplir con los requisitos deﬁnidos en los numerales 100.2, 100.3, 100.4, 100.5, 100.6 y 100.7 del presente artículo, sin superar los términos señalados en este artículo.

Las demás instituciones prestadoras de servicios de salud, que pretendan ser Hospitales Universitarios deberán cumplir con los requisitos establecidos en el presente artículo.

A partir del 1de enero del año 2026 solo podrán denominarse hospitales universitarios, aquellas instituciones que cumplan con los requisitos deﬁnidos en el presente artículo.

([Modiﬁcado por el Art. 104 del Decreto 2106 de 2019](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=103352&104))

([Modiﬁcado por el Páragrafo del Art. 18 del Decreto 1797 de 2016](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73454&18.p))

ARTÍCULO 101. *De la formación de especialistas del área de la salud.* Modifícase el artículo [30](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=26903&30) de la Ley 1164 de 2007, adicionándole los siguientes incisos.

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 103. *Contratación del personal misional permanente.* El personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.

Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a partir del primero (1°) de julio de dos mil trece (2013). (Ver Ley [1450](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43101&1450) de 2011)

ARTÍCULO 104. *Autorregulación profesional*. Modifícase el artículo [26](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=26903&26) de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

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

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

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

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

ARTÍCULO 106. *Prohibición de prebendas o dádivas a trabajadores en el sector de la salud.* [Modiﬁcado por el art. 133, Ley 1474 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43292&133). Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas a trabajadores de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud y trabajadores independientes, sean estas en dinero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos, que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el trabajador de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PARÁGRAFO 1°. Las empresas o instituciones que incumplan con lo establecido en el presente artículo serán sancionadas con multas que van de 100 a 500 SMMLV, multa que se duplicará en caso de reincidencia. Estas sanciones serán tenidas en cuenta al momento de evaluar

procesos contractuales con el Estado y estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

CAPÍTULO VII

CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

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

* 1. La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud;
  2. El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud, y
  3. El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el ﬁn de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

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

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

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

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

ARTÍCULO 111. *Sistema de evaluación y caliﬁcación de direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud.* Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y caliﬁcación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1°) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y ﬂujo de recursos.

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 114. *Obligación de reportar.* Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma conﬁable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.

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

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

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

TÍTULO VII INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 120. *Recursos por multas*. [Modiﬁcado por el art. 11 de la Ley 1949 de 2019.](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=90185&11) Las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud serán apropiadas en el Presupuesto General de la Nación como recursos adicionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

* 1. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.
  2. Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.
  3. Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.
  4. La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, o quienes hagan sus veces.
  5. Los que exploten, produzcan, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.
  6. Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transﬁeran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
  7. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen licores, vinos, aperitivos y similares y cervezas.
  8. Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de los licores.

ARTÍCULO 122. *Presentación de informes ﬁnancieros de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Para la vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, y otros actores del sistema deberán presentar los estados ﬁnancieros consolidados del grupo económico, incluyendo todas las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 123. *Control a los deberes de los empleadores y otras personas obligadas a cotizar.* [Derogado por el art. 198, Ley 1607 de](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51040&198)

[2012](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51040&198)*.* La Unidad Administrativa de Gestión Pensional y Contribuciones Paraﬁscales de la Protección Social (UGPP), veriﬁcará el cumplimiento de los deberes de los empleadores y otras personas obligadas a cotizar, en relación con el pago de las cotizaciones a la seguridad social.

[Ver la circular de la Superintendencia Nacional de Salud 001 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43568&0)

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

ARTÍCULO 124. *Eje de acciones y medidas especiales.* El numeral [5](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600&37.5) del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007, quedará así:

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

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

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

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

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

1. Conﬂictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
2. Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador".

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

"La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eﬁcacia, garantizando debidamente los

derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

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

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

"Parágrafo 3°. La Superintendencia Nacional de Salud, deberá:

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

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

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

[Ver la Resolución de la SUPERS 3140 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44749&0)

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

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

ARTÍCULO 130. *Conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud*. [Modiﬁcado por el art. 3](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=90185&3) [de la Ley 1949 de 2019.](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=90185&3) La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:

[Ver el art. 13, Resolución de la SUPERS 3140 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44749&13)

* 1. Violar la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
  2. Aplicar preexistencias a los aﬁliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.
  3. Impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.
  4. Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.
  5. No realizar las actividades en salud derivadas de enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, accidentes de tránsito y eventos catastróﬁcos.
  6. Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la aﬁliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y, en general, por cualquier persona natural o jurídica.
  7. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Segundad (Sic) Social en Salud.
  8. Incumplir con las normas de aﬁliación por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan aﬁliaciones colectivas o

trabajadores independientes.

* 1. Incumplir la Ley 972 de 2005.
  2. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
  3. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos.
  4. No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, por o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.
  5. Obstruir las Investigaciones e incumplir las obligaciones de información.
  6. Incumplir con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

NOTA: Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-713 de 2012.

ARTÍCULO 131. *Valor de las multas por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la*

*salud.* [Modiﬁcado por el art. 2 de la Ley 1949 de 2019](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=90185&2). Además, de las acciones penales, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre diez (10) y doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 134. *Dosiﬁcación de las multas*. [Modiﬁcado por el art. 5 de la Ley 1949 de 2019.](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=90185&5) Para efectos de graduar las multas previstas en la presente ley, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

* 1. El grado de culpabilidad.
  2. La trascendencia social de la falta o el perjuicio causado, en especial, respecto de personas en debilidad maniﬁesta o con protección constitucional reforzada.
  3. Poner en riesgo la vida o la integridad física de la persona.
  4. En función de la naturaleza del medicamento o dispositivo médico de que se trate, el impacto que la conducta tenga sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
  5. El beneﬁcio obtenido por el infractor con la conducta en caso que este pueda ser estimado.
  6. El grado de colaboración del infractor con la investigación.
  7. La reincidencia en la conducta infractora.
  8. La existencia de antecedentes en relación con infracciones al régimen de Seguridad Social en Salud, al régimen de control de precios

de medicamentos o dispositivos médicos.

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

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

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

* 1. Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste.
  2. Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modiﬁcar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.
  3. Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneﬁcios.
  4. Participar activamente en los ejercicios de deﬁnición de política.
  5. Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.
  6. Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

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

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

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

* 1. Actuar frente al sistema y sus actores de buena fe.
  2. Suministrar oportuna y cabalmente la información que se les requiera para efectos del servicio.
  3. Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.
  4. Procurar en forma permanente por el cuidado de la salud personal y de la familia y promover las gestiones del caso para el mantenimiento de las adecuadas condiciones de la salud pública.
  5. Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la ﬁnanciación del sistema.
  6. Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se deﬁnan dentro del sistema.
  7. Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado.
  8. Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio.
  9. Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del sistema en asuntos administrativos y de salud.
  10. Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.
  11. Hacer un uso racional de los recursos del sistema.
  12. Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios.
  13. Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del sistema.
  14. Participar en los procesos de diseño y evaluación de las políticas y programas de salud; así como en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.

TÍTULO IX OTRAS DISPOSICIONES

ARTÍCULO 140. *Enfermedades huérfanas*. Modifícase el artículo [2°](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39965&2) de la Ley 1392 de 2010, así:

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

cuentan con tratamientos eﬁcaces o adecuados y accesibles a la población afectada.

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

ARTÍCULO 141. *De los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar.* Los servicios que prestan las cuidadoras y los cuidadores al interior del hogar relacionados con el autocuidado y mutuo cuidado de la salud de todos los miembros del hogar, serán registrados en las cuentas nacionales de salud de manera periódica y pública, según los criterios que deﬁna el Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Este reconocimiento no implicará gastos por parte del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

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

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

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

[Ver Circular Externa Min. Protección 033 de 2011](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43035&0)

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

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

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

ARTÍCULO 145. *Vigencia y derogatorias*. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los parágrafos de los artículos [171](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248&171), [172](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248&172.P.1), [175](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248&175), [215](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248&215) y [216](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248&216) numeral 1 de la Ley 100 de 1993, el parágrafo del artículo [3°](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600&3), el literal (c) del artículo [13](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600&13.c), los literales [(d)](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600&14) y [(j)](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=22600&14)del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el artículo [121](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1208&121) del Decreto-ley 2150 de 1995, el numeral [43.4.2](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452&43.43.4.2) del artículo 43 y los numerales [44.1.7](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452&44.44.1.7), [44.2.3](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452&44.44.2.3) del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, así como los artículos relacionados con salud de Ley 1066 de 2006.

EL PRESIDENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA, ARMANDO ALBERTO BENEDETTI VILLANEDA.

EL SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA, EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD.

EL PRESIDENTE DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES, CARLOS ALBERTO ZULUAGA DÍAZ.

EL SECRETARIO GENERAL DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES, JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO.

REPÚBLICA DE COLOMBIA - GOBIERNO NACIONAL PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Bogotá, D. C., a los 19 días del mes de enero de 2011.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

EL MINISTRO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, JUAN CARLOS ECHEVERRY GARZÓN.

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA.

NOTA: Publicado en el Diario Oﬁcial 47957 de Enero 19 de 2011.

*Fecha y hora de creación: 2022-11-25 13:28:34*

[](http://www.funcionpublica.gov.co/)

# Ley 1608 de 2013

Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la Función Pública no se hace responsable de la vigencia de la presente norma. Nos encontramos en un proceso permanente de actualización de los contenidos.

LEY 1608 DE 2013

(Enero 2)

Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto deﬁnir medidas para mejorar el ﬂujo de recursos y la liquidez del Sector Salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y deﬁnir mecanismos para el ﬁnanciamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo [275](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43101&275) de la Ley 1450 de 2011.

Artículo 2°. *Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras.* Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud y descontados los que se encuentren previstos para utilizarse conforme a lo señalado en el artículo [89](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=45059&89) de la Ley 1485 de 2011:

1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que durante las vigencias de 2011, 2012 y 2013 se deba aportar en la coﬁnanciación del Régimen Subsidiado de Salud. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneﬁcios a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.

Para lo dispuesto en este numeral, las entidades territoriales deﬁnirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado en todos los casos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En estos pagos se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

1. Para ﬁnanciar programas de saneamiento ﬁscal y ﬁnanciero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. Estos programas incluirán medidas que deberán seguir el siguiente orden de prelación: pago de acreencias laborales, reestructuración y saneamiento de pasivos, adquisición de cartera, disposición de capital de trabajo, pago de cartera originada en las cuotas de recuperación por servicios prestados a la población pobre no asegurada o servicios no incluidos en el plan de beneﬁcios de difícil cobro. Para efectos de la adquisición de cartera, la entidad territorial deberá adelantar las gestiones de cobro que

correspondan ante el deudor o efectuar acuerdos de pago.

1. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certiﬁcados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.
2. Para ﬁnanciar en los municipios y distritos categorías Especial, 1 y 2, pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del Régimen Subsidiado de Salud en la forma como lo determine y reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID- 19, autorícese a las entidades territoriales a utilizar los excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado para realizar las acciones de salud pública, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, sin perjuicio de los valores ya comprometidos en los Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

([Parágrafo, Adicionado por el Art. 24 del Decreto 538 de 2020](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934&24))

Artículo 3°. *Uso de los recursos de aportes patronales.* Los recursos del sistema general de participaciones del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda aportes patronales, se usarán de la siguiente forma:

1. Durante los años 2013 y 2014 los recursos del sistema general de participaciones transferidos sin situación de fondos y presupuestados por las empresas sociales del Estado por concepto de aportes patronales, no estarán sujetos a reconocimiento por servicios prestados. Estos recursos se considerarán subsidio a la oferta.

Los recursos de aportes patronales del componente de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda girados y que

*no hayan sido facturados durante la vigencia 2012 estarán sujetos a lo dispuesto en este numeral.*

Los aumentos a la nómina y consecuentes incrementos de los aportes patronales posteriores a la vigencia 2012, no serán considerados para efectos del presente artículo.

La entidad territorial podrá establecer metas a las Instituciones Prestadoras de servicios de salud públicas beneﬁciarias de los aportes patronales para la ejecución de estos recursos.

1. [Reglamentado por el Decreto Nacional 1095 de 2013](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53206&0). Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal EPS, se podrán usar por los departamentos y distritos así:

Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el Plan de Beneﬁcios a cargo del departamento o distrito asumidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas o pagados por las EPS. Los recursos a que hace referencia este artículo en todos los casos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011; para este ﬁn las entidades territoriales y las EPS, según sea el caso, remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social la información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a quienes se harán dichos giros conforme a lo previsto en este artículo. En estos pagos, se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las obligaciones de mayor antigüedad.

La distribución de estos recursos se hará entre los departamentos y distritos así:

* 1. 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país;
  2. 50% entre departamentos y distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2° del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

Artículo 4°. *Uso de los recursos de excedentes de rentas cedidas.* Los departamentos y distritos, en las vigencias 2012 y 2013, podrán utilizar los recursos excedentes de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento ﬁscal y ﬁnanciero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado y en el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en el marco del procedimiento establecido en desarrollo del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011; en este último caso los recursos serán girados directamente a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento o distrito. El uso de estos recursos según lo aquí previsto, solo se podrá dar si se encuentra ﬁnanciada la atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o de la población pobre no aﬁliada y se hubieren destinado los recursos de rentas cedidas que coﬁnancian el Régimen Subsidiado de Salud conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 y demás normas que deﬁnen el uso de estos recursos. *Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales y con la organización de la red de prestación de servicios.*

Artículo 5°. *Saneamiento de deudas del Régimen Subsidiado reconocidas en virtud del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.* Para el saneamiento de estas deudas además del uso de los recursos del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, las entidades territoriales tendrán las siguientes alternativas para el pago:

1. Autorícese al Ministerio de Salud y Protección Social para disponer por una sola vez de recursos del Fosyga hasta un monto de ciento cincuenta mil millones de pesos ($150.000.000.000) para que las entidades territoriales puedan atender las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos.

Estos recursos se asignarán por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a los municipios de categorías 4, 5 y 6 que tengan deudas reconocidas y no pagadas, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos. Para lo anterior, se priorizarán los municipios que hayan destinado o destinen recursos de regalías y del Sistema General de Participaciones Propósito General de Libre Inversión, para el pago de las deudas a que hace referencia este artículo.

En ningún caso se podrá asignar más del 3% del total de los recursos previstos en el presente artículo a una sola entidad territorial y más del 70% del total de la deuda reconocida no pagada con recursos de la cuenta maestra y el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolero (FAEP).

Los recursos asignados deberán ser restituidos por parte de las entidades territoriales beneﬁciarias, en los plazos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, que en ningún caso superará diez (10) años, a través del incremento de su esfuerzo propio en la coﬁnanciación del Régimen Subsidiado de Salud. Con este propósito, las entidades territoriales deberán deﬁnir las fuentes territoriales de recaudo nacional con las que asumirán el esfuerzo propio en la coﬁnanciación del Régimen Subsidiado, las cuales se girarán desde la fuente al mecanismo único de recaudo y giro implementado según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. Para la restitución de estos recursos y el pago de las deudas del régimen subsidiado, en ningún caso se podrá afectar más del 30% del valor asignado del Sistema General de Participaciones Propósito General de Libre Inversión en cada anualidad.

El giro se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con quienes las Entidades Promotoras de Salud tengan deudas o recursos pendientes de pago por la prestación de servicios de salud de la población aﬁliada al Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la fecha de causación de las obligaciones, privilegiando las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las I.P.S. indígenas y las obligaciones de mayor antigüedad.

El Ministro de Salud consolidará un informe pormenorizado sobre el uso de estos recursos el cual presentará al Congreso de la República en el término de un año después de la entrada en vigencia de la ley.

1. Adicionalmente, para el pago de estas deudas la Financiera de Desarrollo Territorial Findeter podrá disponer líneas de crédito de mediano y largo plazo con tasa compensada.

Artículo 6°. *Adiciónese el artículo 150 de la Ley 1530 de 2012.* Se adiciona el siguiente parágrafo al artículo [150](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47474&150) de la Ley 1530 de 2012:

Parágrafo. Las Entidades Territoriales que reconocieron deudas del Régimen Subsidiado de Salud, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, y tienen ahorros en este Fondo, podrán adelantar el desahorro en un periodo de hasta doce (12) meses, con el objeto de pagar dichas deudas. Los recursos serán girados por parte de la Agencia Nacional de Hidrocarburos (ANH), o la entidad que haga sus veces, al mecanismo único de recaudo y giro implementado según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, para que desde este mecanismo se giren a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 7°. El artículo [50](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355&50) de la Ley 1438 de 2011 quedará así:

Artículo 50. *Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).* Créase el Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet) *como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo alto o medio conforme a lo previsto en el artículo 80 de esta ley o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento ﬁscal y ﬁnanciero con acompañamiento de la Nación. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará el porcentaje del gasto operacional y pasivos que se ﬁnanciarán con cargo a dicho Fondo.*

Para ﬁnanciar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transﬁeren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010, que sea recaudado directamente por la Nación. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, independiente del riesgo ﬁnanciero en el que se encuentre la Institución. La compra de cartera de las EPS no exonerará su responsabilidad administrativa y ﬁnanciera frente a la deuda comprada y el fondo exigirá garantía real para soportar la deuda.

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

Parágrafo 1°. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos ﬁjados por el Estatuto Tributario y la Ley [1231](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=31593&0) de 2008.

Parágrafo 2°. Tendrán prelación para acceder a los recursos que trata el presente artículo las Empresas Sociales del Estado que no hayan recibido recursos con anterioridad de este Fondo.

En todo caso, el pago de la operación, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, deberá darse en un término máximo de un (1) año.

([De acuerdo con la Ley 1955 de 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, este artículo perderá vigencia el 31 de diciembre](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93970&1955) [de 2019](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93970&1955))

Artículo 8°. *Programas de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado.* Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, ﬁnanciero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y ﬁnanciera de estas Empresas, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado; que permitan su adecuada operación, con el ﬁn de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Las Empresas Sociales del Estado que de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, incumplan el programa de saneamiento ﬁscal y ﬁnanciero, deberán iniciar ante este mismo Ministerio, la promoción de acuerdo de reestructuración de pasivos cuando del análisis de la situación de la Empresa Social del Estado se identiﬁque la capacidad de generar ingresos suﬁcientes para el pago de sus compromisos corrientes y el pago de sus acreencias. La nominación y promoción de los acuerdos de reestructuración de pasivos adelantados por las Empresas Sociales del Estado, estarán a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Los recursos que destine la Nación o los que en la presente ley se posibilitan para el saneamiento ﬁscal y ﬁnanciero y la reorganización de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se enmarcarán en lo aquí deﬁnido.

Parágrafo. Los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los programas a que hace referencia este artículo se determinarán por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con concepto del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos parámetros deberán contener aspectos ﬁnancieros, administrativos, institucionales y jurídicos. *En todo caso, la viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los planes de desempeño estará a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.*

Artículo 9°. *Recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga.* Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la salud, además de los usos previstos en el artículo [41](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44615&41) del Decreto número 4107 de 2011, se podrán utilizar para adelantar desde la Subcuenta de Garantías para la Salud, de manera directa, compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de cartera podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título, el Fosyga o el mecanismo único de recaudo y giro creado en virtud del artículo [31](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355&31) de la Ley 1438 de 2011, efectúen a las EPS.

En todo caso, el pago de la operación por parte de las Entidades Promotoras de Salud, deberá darse en un término máximo de un (1) año.

PARÁGRAFO. El pago de las operaciones de compra de cartera realizadas en el marco de la emergencia sanitaria, por parte de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- del Régimen Subsidiado, podrá efectuarse en un plazo máximo de dos (2) años.

(Adicionado por el Art. [17](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934&17) del Decreto 538 de 2020)

Artículo 10. *Giro directo de EPS en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.* Las Entidades Promotoras de Salud, que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo [31](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355&31) de la Ley 1438 de 2011.

El giro directo en el caso del Régimen Contributivo, se hará una vez se reglamente por el Gobierno Nacional el procedimiento que corresponda.

Artículo 11. Las EPS del Régimen Subsidiado que adeuden a las Entidades Territoriales recursos derivados de la liquidación de contratos del régimen subsidiado de salud, deberán reintegrarlos a la Entidad Territorial en un plazo máximo de 60 días calendario siguientes a la vigencia de la presente Ley. De no reintegrarse en este término se podrán practicar descuentos de los giros que a cualquier título realice el Fosyga.

Los prestadores de servicios de salud y los distintos pagadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrán la obligación de efectuar depuraciones permanentes a la información de los Estados Financieros, de tal forma que se vean reﬂejados, los pagos y anticipos al recibo de los mismos.

Cuando la red de un mismo departamento reporte mora superior a 90 días en los pagos de las EPS, se podrá autorizar giro directo a los prestadores adicional al autorizado por la EPS. Para la aplicación de esta norma el Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento.

[Reglamentado por el Decreto Nacional 347 de 2013](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52181&0). En el caso de los recobros y reclamaciones que se realizan al Fosyga cuya glosa de carácter administrativo hubiese sido notiﬁcada con anterioridad a la expedición de la presente Ley, y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción contenciosa administrativa correspondiente, solo se exigirán para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud habilitadas. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá permitir que los documentos de soporte de los cobros o reclamaciones ante el Fosyga sean presentados a través de imágenes digitalizadas o de la tecnología que para tal efecto deﬁna dicha entidad.

Artículo 12. *Seguimiento y control.* Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia la presente ley, se establece la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social el plan de aplicación y ejecución de los recursos de que trata esta ley en los términos y condiciones que exija este Ministerio, quien a su vez reportará los informes de ejecución a los organismos de inspección, vigilancia y control del sector. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y hará seguimiento permanente para la ejecución correcta de los recursos contemplados en la presente ley. *En el evento que se detecte el inadecuado uso de los recursos de que trata esta ley, la entidad competente deberá ordenar la suspensión en la ejecución de los mismos.*

Las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reﬂejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables deﬁnidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad.

Artículo 13. Vigencia. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

El Presidente del honorable Senado de la República,

Roy Barreras Montealegre

El Secretario General del honorable Senado de la República,

Gregorio Eljach Pacheco

El Presidente de la honorable Cámara de Representantes,

Augusto Posada Sánchez.

El Secretario General de la honorable Cámara de Representantes,

Jorge Humberto Mantilla Serrano.

REPÚBLICA DE COLOMBIA – GOBIERNO NACIONAL

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 2 de enero de 2013.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

La Viceministra Técnica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Encargada de las Funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Ana Fernanda Maiguashca Olano.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

NOTA: Publicado en el Diario Oﬁcial 48661 de enero 2 de 2013.

*Fecha y hora de creación: 2022-11-25 13:28:00*