



**PROYECTO DE LEY No \_\_\_\_\_ DE 2013  
SENADO**

**“Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”**

**El Congreso de la República de Colombia**

**DECRETA:**

**Capítulo I  
Disposiciones generales**

**Artículo 1. Objeto de la ley.** La presente Ley tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece los principios del Sistema, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una unidad de gestión financiera de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado –ESE- y un régimen de transición para la aplicación de los dispuesto en la presente ley.

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

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

El Sistema tendrá las siguientes características:

- a) Estará dirigido, regulado, controlado y vigilado por el Gobierno Nacional;
- b) Afiliará a todos los habitantes en el territorio colombiano;
- c) Estará financiado con las cotizaciones que establezca la ley y con los recursos fiscales y parafiscales del nivel nacional y territorial;
- d) Contará con una unidad de gestión que será la responsable de la afiliación, recaudo, administración, pago, giro o transferencia de los recursos destinados a la financiación del servicio;



- e) Dispondrá de un modelo conformado por beneficios colectivos y prestaciones individuales;
- f) Tendrá un plan de beneficios individuales al cual accederán todos los afiliados;
- g) Incluirá acciones de salud pública a cargo de las Entidades Territoriales, de conformidad con las Leyes 9 de 1979 y 715 de 2001 y las demás normas que las reemplacen, modifiquen y sustituyan;
- h) Tendrá atención primaria y complementaria a cargo de Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta.
- i) Operará mediante esquemas de integración territorial dirigidos por Gestores de Servicios de Salud en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el efecto, conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;
- j) Tendrá Prestadores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, los cuales actuarán dentro de redes integradas por los Gestores de Servicios de Salud;
- k) Dispondrá de esquemas diferenciados de atención para población localizada en zonas dispersas;
- l) Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud;
- m) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud o los profesionales, dentro de las condiciones de la presente Ley;
- n) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, para los cuales la ley definirá sus fuentes de financiamiento, garantizando para ellos un único plan de beneficios.

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

- a) La forma en que los beneficios del Sistema se distribuyen con base en las necesidades de salud de las personas en condiciones de equidad;
- b) La asignación y flujo de los recursos del Sistema hacia la satisfacción de las necesidades de salud;
- c) El aporte de las tecnologías en salud;
- d) La capacidad de la red hospitalaria;
- e) La calidad de los servicios de salud;
- f) Los resultados de las políticas de salud pública;
- g) Las oportunidades de participación efectiva de los usuarios y su percepción sobre los resultados de salud y la calidad de los servicios;
- h) La percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del Sistema, así como sobre sus condiciones laborales.

El informe de evaluación será presentado por el Ministro de Salud y Protección Social al Congreso de la República.



**Artículo 4. Principios del Sistema.** El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

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

- a) **Universalidad.** El Sistema cubre a todos los habitantes en el territorio colombiano, en todas las etapas de la vida;
- b) **Solidaridad.** El Sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, sectores económicos y comunidades para garantizar el acceso y la sostenibilidad de los servicios de salud;
- c) **Eficiencia.** El Sistema optimiza la relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y la calidad de vida de la población;
- d) **Igualdad.** El Sistema ofrece la misma protección y trato a todas las personas residentes en el territorio colombiano, quienes gozarán de iguales derechos, sin discriminación por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños y niñas y de las acciones afirmativas;
- e) **Obligatoriedad.** Todos los residentes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;
- f) **Prevalencia de derechos.** El Sistema propende, como obligación de la familia, la sociedad y el Estado en materia de salud, por el cuidado, protección y asistencia a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños y niñas para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral;
- g) **Protección especial a niñas y niños.** El Sistema establece medidas concretas y específicas para garantizar la protección especial a las niñas y los niños. También adoptará políticas de promoción y prevención dirigidas específicamente a esta población;
- h) **Enfoque diferencial.** El Sistema reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia y realizará, de manera progresiva, esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación;
- i) **Equidad.** El Sistema garantiza el acceso a la prestación de los servicios a toda la población, independientemente de su capacidad de pago y de sus condiciones particulares;
- j) **Calidad.** El Sistema garantiza que los agentes, servicios y tecnologías deben estar centrados en el ciudadano, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y, responder a estándares aceptados científicamente, con integralidad, seguridad y oportunidad. La calidad implica que el personal de la salud sea competente y que se evalúen los establecimientos, servicios y tecnologías ofrecidos;
- k) **Participación social.** El Sistema propende por la intervención de la comunidad en su organización, gestión y fiscalización, así como en las decisiones que la afectan o interesan;



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



- v) **Continuidad.** El Sistema garantiza que dentro de él toda persona tenga vocación de permanencia. Los servicios y tecnologías de salud que garantiza el Sistema no pueden ser interrumpidos;
- w) **Integralidad.** El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario ni se podrá negar un servicio de salud estrechamente vinculado con otro cubierto por el Sistema. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que éste comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada;
- x) **Inembargabilidad.** Los recursos que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud son inembargables. Las decisiones de la autoridad judicial que contravengan lo dispuesto en la presente ley harán incurrir al funcionario judicial que la profiera en falta disciplinaria gravísima y genera responsabilidad fiscal. Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a las prestaciones individuales son públicos hasta que se transfieren desde Salud-Mía a los agentes del Sistema”.

## **Capítulo II**

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

**Artículo 5. Creación de Salud-Mía.** Crease una unidad de gestión, de carácter financiero, de naturaleza especial, del nivel descentralizado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente, denominada Salud-Mía, la cual será parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 6. Régimen de la Unidad.** El régimen laboral será el general que rige para los empleados públicos. La Unidad de gestión tendrá una nomenclatura especial de empleos.

El régimen presupuestal será el de Empresa Industrial y Comercial del Estado de carácter financiero, sujeta al control de la Superintendencia Financiera de Colombia, en relación con sus actividades financieras.

En materia contractual será el previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007.

El Presidente de la Republica, de conformidad con el numeral 16 del artículo 189 de la Constitución Política, establecerá su estructura interna.



**Artículo 7. Objeto.** La unidad de gestión tiene por objeto afiliar a la población, recaudar las cotizaciones, administrar los recursos a su cargo, y realizar los pagos, giros o transferencias, administrar la información relativa a recursos, afiliación y aquella pertinente para la administración del Sistema.

**Artículo 8. Funciones de la unidad de gestión.** Para desarrollar el objeto, la unidad de gestión tendrá las siguientes funciones:

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

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

**Artículo 9. Domicilio y Patrimonio.** La unidad de gestión tendrá domicilio en Bogotá, D.C. Su patrimonio estará conformado por los aportes del Presupuesto General de la Nación, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la unidad de gestión.

Los gastos requeridos para el desarrollo del objeto de la unidad de gestión se financiarán con recursos del Presupuesto General de la Nación y con un porcentaje de los recursos administrados que defina el reglamento.

**Artículo 10. Recursos que recaudará y administrará la unidad de Gestión.** Salud-Mía recaudará y administrará los siguientes recursos:

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





- c) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo de salud o quienes tienen la obligación de aportar al Sistema y los aportes del empleador. Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella, quien podrá contratar los servicios financieros que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- d) Las cotizaciones de los afiliados al régimen de excepción con vinculación laboral adicional, sobre la cual estén obligados a contribuir al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- e) El aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales;
- f) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 y los recursos de que trata el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Estos recursos se girarán directamente desde el responsable del recaudo y no harán parte del Presupuesto General de la Nación;
- g) Los recursos del impuesto sobre la renta para la equidad -CREE que se destinan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos previstos en la Ley 1607 de 2012, los cuales serán transferidos a Salud-Mía, entendiéndose así ejecutados;
- h) Recursos del Presupuesto General de la Nación que se requieran para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios. Estos recursos se girarán directamente a Salud-Mía por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados;
- i) Recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010;
- j) Los recursos del Fonsat, creado por el Decreto- Ley 1032 de 1991;
- k) Los correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidente de tránsito - Soat, que se cobrará en adición a ella;
- l) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009;
- m) Las rentas cedidas y demás recursos generados a favor de las Entidades Territoriales destinadas a la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda de los Departamentos y el Distrito Capital. Estos recursos serán girados desde el generador directamente a la entidad. La entidad territorial verificará que la transferencia se realice conforme a la ley;
- n) Los rendimientos financieros que se generen por la administración de los recursos a que se refiere el presente artículo;
- o) Los demás recursos nacionales y territoriales que se destinen a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la normatividad que expida el Gobierno Nacional.

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



**Parágrafo 2.** Los recursos de las Entidades Territoriales y su ejecución deberán presupuestarse, sin situación de fondos, en el respectivo fondo local, distrital o departamental de salud según sea el caso. Los recursos del Presupuesto General de la Nación que se destinen al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud se presupuestarán como transferencias las cuales se entenderán ejecutadas con su giro a Salud-Mía.

**Artículo 11. Destinación de los recursos administrados.** Los recursos que administra Salud-Mía se destinarán a:

- a) Pago a los Gestores de Servicios de Salud por prestaciones individuales en salud y las incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- b) Pago por licencias de maternidad o paternidad de los afiliados cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud;
- c) Indemnizaciones por muerte ó incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos;
- d) Gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011;
- e) Gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina;
- f) Inversión en salud en casos de eventos catastróficos. Estos eventos deberán ser declarados por el Ministerio de Salud y Protección Social;
- g) Gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas, de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009, que financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente;
- h) Recursos para el fortalecimiento y ajuste de la red pública hospitalaria. Este gasto se hará siempre y cuando en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación de los componentes anteriores;
- i) Acciones de salud pública;
- j) Pago por los gastos de administración de los Gestores de Servicios de Salud;
- k) Administración, funcionamiento y operación de la entidad;
- l) Las demás destinaciones que la ley expresamente haya definido su financiamiento con cargo a los recursos del Fosyga.

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

**Parágrafo 2.** El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud quienes recibirán una contraprestación económica, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

**Artículo 12. Órgano de dirección.** La entidad tendrá una Junta Directiva que ejercerá las funciones que le señalen los estatutos. La Junta estará conformada por tres miembros, el Ministro de Salud y Protección Social, quien la presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público y un designado del Presidente de la República. La

Q-13 No. 32-76 Bogotá D.C.  
PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 [www.minsalud@gov.co](mailto:www.minsalud@gov.co)





administración de la entidad estará a cargo de un Presidente, nombrado por el Presidente de la República, de terna propuesta por la Junta Directiva.

**Artículo 13. Inicio de operación.** El Gobierno Nacional determinará la estructura interna de la Unidad de gestión, su planta de personal y la fecha en la cual iniciará las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos.

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

### **Capítulo III**

#### **Plan de Beneficios de Salud – Mi Plan**

**Artículo 14. Plan de Beneficio de Salud Mi-Plan.** El Plan de Beneficios de Salud, que en adelante se llamará Mi-Plan, corresponde a los servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país y requeridas para atención en salud. Mi-Plan garantizará la cobertura de los servicios y tecnologías para todas las patologías. Se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan, de acuerdo con los criterios definidos en el presente capítulo.

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

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

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, incorporará a Mi-Plan los servicios y tecnologías pertinentes no incluidos en el plan de beneficios que se estén recobrando al Fosyga, con las frecuencias y los precios indicativos que atiendan lo establecido en el presente capítulo.

**Artículo 15. Criterios para definir exclusiones.** El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar un proceso de priorización técnico, participativo y transparente que permita excluir los servicios y tecnologías que no harán parte de Mi-Plan. El proceso deberá garantizar la participación social a través de sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil, academia y asociaciones de pacientes, entre otros, los cuales deberán estar debidamente constituidos.

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



- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional de las personas;
- b) Que constituyan bienes o servicios sociales complementarios a la atención o rehabilitación del paciente cuya finalidad principal no es el diagnóstico o la curación de la enfermedad;
- c) Que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud;
- d) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- e) Que no exista evidencia técnica o científica sobre su pertinencia clínica;
- f) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- g) Que se encuentren en fase de experimentación.

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

**Artículo 16. Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud.** Elimínese la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos de que tratan los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, cuyas funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

**Artículo 17. Información sobre servicios y tecnologías de salud.** La información sobre precio, usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías de salud es de interés público. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los contenidos, flujos y oportunidad de la información que los actores deben reportar.

**Artículo 18. Vigilancia de las tecnologías de salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad y efectividad de las tecnologías de salud y de las innovaciones tecnológicas para efectos de protección de la salud pública y la actualización de Mi-Plan.

En el marco del proceso de vigilancia de innovaciones tecnológicas, la Superintendencia de Industria y Comercio requerirá concepto técnico al Ministerio de Salud y Protección Social sobre la patentabilidad de las invenciones en salud.

## **Capítulo IV**

### **Prestación del servicio de Salud**



**Artículo 19. Prestación del servicio de salud.** La prestación del servicio de salud comprende las acciones de salud pública y las prestaciones individuales. Las acciones de salud pública estarán a cargo de las Entidades Territoriales y serán prestadas dentro de su jurisdicción. Las prestaciones individuales estarán a cargo de los Gestores de Servicios de Salud, y son aquellas contenidas en Mi-Plan. Los Gestores de Servicios de Salud conformarán Redes de Prestadores de Servicios de Salud, las cuales operarán en Áreas de Gestión Sanitarias definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la prestación de los servicios de salud mediante un sistema de indicadores de acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez, calidad y resultados en salud, según corresponda.

**Parágrafo 1.** Las acciones de salud pública son aquellas que se realizan sobre elementos o factores del entorno o los comportamientos de las personas para modificar determinantes de la salud en la población. Comprenden las acciones colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las que se realicen en cumplimiento de las funciones de salud pública como la vigilancia sanitaria, la vigilancia en salud pública y la planeación de la salud en el territorio.

**Parágrafo 2.** Las prestaciones individuales de salud son aquellas que se realizan para disminuir la probabilidad de la enfermedad y la discapacidad, para mantener y cuidar la salud, dar atención integral a la enfermedad y sus consecuencias directas. Comprende la identificación de las personas de mayor vulnerabilidad y los riesgos a los que están expuestas, así como la realización de actividades de búsqueda activa, protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención integral y rehabilitación.

Frente a estas prestaciones se establecerán modalidades de atención, procesos, tecnologías, flujos de servicios, resolutivez de los servicios y resultados esperados sobre la población, a través de guías de atención integral y manuales operativos.

**Artículo 20. Responsables de la Prestación del Servicio de Salud.** La atención de las acciones de salud pública y las prestaciones individuales tendrán los siguientes responsables:

- a) Las Entidades Territoriales son los agentes encargados de financiar y gestionar las acciones de salud pública. La prestación de estas acciones se realizará mediante instituciones públicas o privadas debidamente autorizadas.

De conformidad con sus competencias, las Entidades Territoriales no podrán delegar las funciones de vigilancia sanitaria, vigilancia en salud pública, planeación de la salud en el territorio y su articulación con otros sectores.



- b) Los Gestores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la organización y gestión de las prestaciones individuales, quienes coordinarán con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el territorio para la consecución de resultados en salud de la población. Las prestaciones individuales serán realizadas mediante la conformación de Redes de Prestación de Servicios de Salud.
- c) Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención de las prestaciones individuales de salud de la población afiliada al Sistema. También podrán realizar acciones de salud pública.
- d) Las entidades que ofrezcan cobertura complementaria en salud no incluidas en Mi-Plan.

**Artículo 21. Áreas de Gestión Sanitaria.** Se entiende por Áreas de Gestión Sanitaria las zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales.

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

**Artículo 22. Áreas de Gestión Sanitaria Especial.** En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir Áreas de Gestión Sanitaria especiales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas.

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

**Artículo 23. Prestadores de Servicios de Salud.** Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención de las prestaciones individuales y serán de dos tipos:

- a) Los Prestadores de Servicios de Salud primarios son los agentes a través de los cuales los usuarios acceden en primera instancia como puerta de entrada al Sistema.



A estos prestadores les corresponde la caracterización e intervención sobre los riesgos en salud a través de actividades preventivas, de protección específica y detección temprana y búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes.

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

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

**Artículo 24. Red de Prestadores Servicios de Salud.** Las Redes de Prestación de Servicios de Salud son el conjunto de prestadores agrupados en una Área de Gestión Sanitaria por los Gestores de Servicios de Salud. Las redes deben tener la integralidad y suficiencia para garantizar a los usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan.

El Gestor de Servicios de Salud que opera la red debe disponer de sistemas de información, seguimiento y evaluación de la gestión del servicio, de mecanismos de referencia y contra referencia y de comunicación y transporte debidamente organizados, además de los que señale el Ministerio de Salud y Protección Social. Este, de igual forma, definirá los criterios de integralidad y suficiencia para el monitoreo, seguimiento y control de las redes.

**Artículo 25. Habilitación de Redes y Prestadores de Servicios de Salud.** Es el proceso de definición de los criterios y verificación continua del cumplimiento de las condiciones mínimas de carácter científico, técnico, funcional, de recursos humanos, administrativo, financiero y de infraestructura, que deben disponer los Prestadores de Servicios de Salud y las Redes de Prestadores de Servicios de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud y de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud, así como los mecanismos de verificación necesarios. La Superintendencia Nacional de Salud verificará las condiciones de habilitación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud. La verificación de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud que hagan parte de la respectiva Área de Gestión Sanitaria o Área de Gestión Sanitaria especial.





## **Capítulo V**

### **Gestores de Servicios de Salud**

**Artículo 26. Gestores de Servicios de Salud.** Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de operar una Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan.

Los Gestores de Servicios de Salud privados, incluidos los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, deben constituirse como sociedades anónimas.

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

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

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

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

**Artículo 27. Funciones de los Gestores de Servicios de Salud.** Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes:

- a) Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan dentro del Área de Gestión Sanitaria en la cual opera, así como en todo el territorio nacional cuando requieran transitoriamente servicios por fuera de ésta, incluida la referencia y contra referencia dentro de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que conformen;
- b) Ofrecer cobertura y atención de prestación de servicios de salud en todos los municipios del área donde fue autorizada su operación;
- c) Conformar y gestionar la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud que garantice el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios;
- d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. Está prohibido transferir la obligación de realizar trámites internos del Gestor de Servicios de Salud y de la Rede de Prestadores de Servicios de Salud a los usuarios;
- e) Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios en las fases de identificación, caracterización e intervención;



- f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestadores de Servicios de Salud en el Área de Gestión Sanitaria en que opera y con los Prestadores de Servicios de Salud especial por fuera de éstas. Los contratos deben cumplir con las condiciones mínimas que fije el Ministerio de Salud y Protección Social y estar disponibles para los usuarios y agentes del Sistema en la página web de cada Gestor de Servicios de Salud;
- g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el Áreas de Gestión Sanitaria en que operen;
- h) Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y ordenar los giros directos desde Salud-Mía a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la Red de Prestadores de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos;
- i) Contar con centros de atención permanente en todos los municipios y distritos del Área de Gestión Sanitaria en la que operen;
- j) Contar con un sistema de información al usuario sobre beneficios, Redes de Prestadores de Servicios de Salud, mecanismos de acceso general y de urgencias, trámites, quejas y reclamos, entre otros, disponible en todo el territorio nacional las 24 horas del día y todos los días del año;
- k) Entregar información a Salud-Mía sobre los resultados en salud que determine el Ministerio de Salud y Protección Social;
- l) Apoyar a Salud-Mía en los procesos de afiliación y recaudo;
- m) Administrar la información clínica de sus usuarios para que esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;
- n) Gestionar, garantizar, hacer seguimiento y control de la información de tipo administrativo, financiero, de prestación de servicios, epidemiológico y de calidad que se genere en desarrollo de su actividad y de la de su Red de Prestadores de Servicios de Salud;
- o) Garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan, con cargo al valor de los recursos que reciba para el efecto y a su patrimonio, en caso de no ser suficiente. Con el propósito de soportar las necesidades de financiamiento en la prestación de servicios deberán contar y mantener una reserva en Salud-Mía para respaldar obligaciones con los Prestadores de Servicios de Salud;
- p) Cumplir con las condiciones de habilitación de orden financiero, administrativo y técnico que soporten el cumplimiento de sus obligaciones;
- q) Contar con una auditoría concurrente e independiente que vigile el cumplimiento de las metas de cobertura, resultado y calidad en el servicio, por parte de los Prestadores de Servicios de Salud de su red;
- r) Realizar ejercicios periódicos de rendición pública de cuentas sobre su desempeño en el cumplimiento de metas de cobertura, resultado, calidad en el servicio, gestión del riesgo financiero y en salud;
- s) Tramitar y pagar las incapacidades por enfermedad general y tramitar las licencias de maternidad o paternidad a los afiliados cotizantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las reconocidas a víctimas, de conformidad con la delegación que determine Salud-Mía.



**Parágrafo.** Mientras Salud-Mía inicia las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos, las Entidades Promotoras de Salud y los Gestores de Servicios de Salud podrán adelantar dichas funciones.

**Artículo 28. Ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud.** Los Gestores de Servicios de Salud podrán operar en una Área de Gestión Sanitaria y constituir filiales para operar en otras Áreas de Gestión Sanitaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir un número mínimo de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para una Área de Gestión Sanitaria.

Los Gestores de Servicios de Salud pueden participar en la operación de una respectiva Área de Gestión Sanitaria cuando cumplan con todos los requisitos establecidos en la presente ley.

**Artículo 29. Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en una Área de Gestión Sanitaria.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud en una Área de Gestión Sanitaria.

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

La verificación de las condiciones de habilitación y la determinación de su permanencia en el Área de Gestión Sanitaria estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 30. Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.** Los Gestores de Servicios de Salud podrán atender simultáneamente los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes.

Los Gestores de Servicios de Salud al atender usuarios del Régimen Subsidiado deberán prestar los servicios, en primer lugar, con los Prestadores de Servicios de Salud Públicos presentes en el Área de Gestión Sanitaria donde operan. Si la oferta pública disponible no es suficiente para la demanda requerida, los Gestores de Servicios de Salud podrán prestar el servicio con Prestadores de Servicios de Salud Privados.

**Artículo 31. Gestores de Servicios de Salud con participación pública.** Los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, presentes en una Área de Gestión Sanitaria, de manera individual o asociados entre sí o con un tercero, y en cuya jurisdicción se encuentre más de un millón (1.000.000) de habitantes, podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos de habilitación. En cada Área de Gestión Sanitaria solo podrá operar un Gestor de Servicios de Salud de estas características.



**Artículo 32. Integración vertical.** Está prohibida la integración vertical de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud salvo en la prestación primaria de servicios.

Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.

**Artículo 33. Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud.** Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:

- a) Una suma fija anual para financiar los gastos de administración, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en el número de usuarios, la cual será girada en cuotas mensuales;
- b) Un valor per cápita ajustado por riesgo. Este se dividirá en: i) una fracción para cubrir parcialmente el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan y; ii) la fracción restante condicionada al logro de acciones o resultados en salud.

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

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

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

- a) Una proporción será asignada a la constitución, mantenimiento o incremento de la reserva de cada Gestor de Servicios de Salud;
- b) El saldo de los excedentes podrá ser asignado al Gestor de Servicios de Salud como excedente propio en función del cumplimiento de resultados;
- c) Los valores no asignados se destinarán como reservas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y serán administrados por Salud-Mía.

**Parágrafo.** Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud, y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud.



**Artículo 34. Pago a los Prestadores de Servicios de Salud.** Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red el mecanismo y la forma de pago por los servicios pactados. Estos pagos deben contener al menos una porción fija anticipada en función de los servicios pactados, y una variable en función del desempeño en el cumplimiento de metas de resultados en salud y calidad en el servicio. Con base en ello ordenará a Salud-Mía realizar los giros correspondientes a los Prestadores de Servicios de Salud.

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

**Parágrafo.** Las obligaciones contenidas en facturas que respalden las prestaciones de servicios de salud prescribirán en doce (12) meses contados a partir de la fecha de aceptación por parte del Gestor de Servicios de Salud. Estos valores deberán provisionarse contablemente.

**Artículo 35. Garantía de prestación del servicio en condiciones excepcionales y transitorias.** Cuando de manera permanente o transitoria se presenten condiciones que puedan poner en riesgo el acceso a Mi-Plan, en especial la disponibilidad u operación de los Gestores de Servicios de Salud, limitaciones en la oferta de servicios o en acceso, por dispersión o desplazamiento de la población o por emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá autorizar de manera temporal a otros Gestores de Servicios de Salud o Entidades Territoriales, para que asuman la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud a los usuarios afectados por esta situación.

**Artículo 36. Ajuste y redistribución de riesgo.** El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de redistribución y compensación de riesgo entre los Gestores de Servicios de Salud tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías.

## **Capítulo VI**

### **Cobertura complementaria de salud**

**Artículo 37. Cobertura complementaria de salud.** La cobertura complementaria de salud es aquella en la cual los usuarios acceden de manera voluntaria a condiciones diferenciales de acceso, comodidad, bienes y servicios o financiación, de carácter complementario o suplementario, no incluidas en Mi-Plan.

El Gobierno Nacional reglamentará lo referente a las condiciones mínimas de los contratos de coberturas complementarias de salud.

**Artículo 38. Entidades autorizadas para ofrecer cobertura complementaria de salud.** La cobertura complementaria de salud podrá ser ofrecida por los Gestores de Servicios de Salud, las compañías de medicina prepagada y las compañías de seguros.





**Parágrafo.** Las entidades que ofrezcan coberturas complementarias de salud estarán vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia y deberán cumplir con todos los requisitos de orden administrativo, técnico y financiero que ella les exija. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará lo correspondiente a las prestaciones de salud.

**Artículo 39. Tipo y forma de cobertura complementaria de salud.** Las entidades autorizadas para ofrecer las coberturas complementarias de salud, podrán cubrir simultáneamente los servicios y tecnologías de Mi-Plan y los complementarios u ofrecer solamente la cobertura complementaria, de la siguiente forma:

- a) Cuando se trate de Gestores de Servicios de Salud los planes ofrecidos deberán ser claramente complementarios y manejados como un plan independiente sujeto a las reglas definidas para este tipo de coberturas;
- b) Cuando se trate de empresas de medicina prepagada o de seguros, podrán utilizar un porcentaje del valor per cápita ajustado por riesgo, para lo cual estarán obligadas a garantizar los servicios y tecnologías de Mi-Plan, en las condiciones establecidas por la presente ley.

**Parágrafo.** Las entidades autorizadas para ofrecer las coberturas complementarias de salud no podrán aplicar a los beneficios definidos en Mi-Plan, mecanismos tales como períodos de carencia, semanas mínimas de cotización, deducibles, preexistencias o cualquiera otro que restrinja o limite el uso o acceso a los servicios ofrecidos.

**Artículo 40. Obligación de estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud para poder tener coberturas complementarias.** El usuario que desee cobertura complementaria en salud debe estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gestor de Servicios de Salud, la empresa de medicina prepagada o de seguros no podrá utilizar el porcentaje del valor per cápita para sufragar el costo adicional de la cobertura complementaria; le corresponde al usuario sufragar con sus propios recursos las coberturas complementarias.

**Artículo 41. Reserva técnica por concentración de riesgo.** El porcentaje del valor per cápita ajustado por riesgo que no se transfiera a la empresa de medicina prepagada o de seguros, será utilizado por Salud-Mía para constituir una reserva técnica destinada a compensar futuras acumulaciones de riesgo en el Sistema por el traslado de usuarios a los seguros complementarios.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá adelantar las acciones necesarias para restaurar el balance financiero del Sistema, en el evento que exista exceso de concentración de siniestralidad en los Gestores de Servicios de Salud por efecto de la migración a los seguros complementarios.



**Artículo 42. Carácter de los recursos destinados a coberturas complementarias de salud.** El valor per cápita en salud que se utiliza en la financiación de la cobertura complementaria se considera como pago anticipado por la prestación de un servicio al pasar a ser propiedad de la entidad que los recibe; en consecuencia, pierde su carácter de recurso público. La cotización en salud pertenece al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el valor per cápita a cada usuario.

## **Capítulo VII**

### **Inspección Vigilancia y control**

**Artículo 43. Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud.** Las medidas especiales y la toma de posesión a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud son de carácter preventivo y correctivo, su propósito es garantizar la prestación del servicio y se regirán por lo previsto en la presente Ley.

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

**Artículo 44. Medidas especiales.** El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar, mediante Resolución motivada de inmediato cumplimiento, la adopción de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen, sustituyan o aclaren a las entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud.

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

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la facultad de solicitar a Salud-Mía restringir o suspender la asignación de usuarios a aquellas entidades vigiladas que se encuentren bajo medida cautelar de vigilancia especial, toma de posesión o intervención forzosa administrativa, cuando del análisis de las condiciones financieras y de prestación del servicio se determine la necesidad de adoptar dicha medida.



**Artículo 45. Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión.** La toma de posesión, bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar, tiene por objeto y finalidad salvaguardar la prestación del servicio público de salud que realizan los Gestores de Servicios de Salud, Prestadores de Servicios de Salud y las direcciones territoriales de salud, cualquiera sea la denominación que le otorgue la Entidad Territorial.

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

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

**Artículo 46. Modalidades y duración de la toma de posesión.** La toma de posesión podrá ser ordenada bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar.

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

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

**Artículo 47. Procedimiento de la toma de posesión.** La toma de posesión no requiere citaciones o comunicaciones a los interesados antes de que se produzca el acto administrativo que la ordene.

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



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

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

**Artículo 48. Competencias de inspección, vigilancia y control.** La Superintendencia de Sociedades será la responsable de la inspección, vigilancia y control de los grupos económicos en que participen las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando las actividades de salud no sean el objeto principal del grupo. Sin perjuicio de lo anterior, la inspección, vigilancia y control de las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá funciones de Inspección, Vigilancia y Control en los casos en que se coarte la libre competencia, se presente competencia desleal o ante el abuso de la posición dominante, en cualquiera de sus manifestaciones, mediante el manejo de tarifas u otros mecanismos, por parte de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las funciones de inspección, vigilancia y control del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar quedan a cargo de la Empresa Industrial y Comercial del Estado Administradora del Monopolio Rentístico de los Juegos de Suerte y Azar -Coljuegos-. Los procedimientos y sanciones serán los establecidos en el Estatuto Tributario.

**Artículo 49. Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio.** La Superintendencia Nacional de Salud adelantará proceso administrativo sancionatorio mediante las modalidades oral y escrita. El sistema verbal será la regla general, y el Superintendente determinará los casos en los cuales se dará aplicación al proceso administrativo sancionatorio escrito.

El proceso administrativo sancionatorio oral se realizará así:

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



- c) Una vez realizada la práctica de pruebas se correrá traslado de las mismas por dos (2) días hábiles; vencido este plazo se citará a audiencia en la cual el investigado deberá presentar en forma verbal sus alegatos de conclusión;
- d) Dentro de dicha audiencia se procederá a proferir la decisión correspondiente, la cual se entenderá notificada en estrados. La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

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

El proceso administrativo sancionatorio escrito se adelantará así:

- a) La Superintendencia, con fundamento en la información disponible, ordenará la apertura de la investigación;
- b) En un plazo de cinco (5) días hábiles solicitará explicaciones sobre las posibles irregularidades, señalando el plazo en el cual se dará respuesta, que no podrá ser superior a quince (15) días hábiles;
- c) La práctica de pruebas, a que hubiere lugar, se realizará en un plazo máximo de quince (15) días hábiles. Vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes;
- d) La Superintendencia dispondrá de un (1) mes, después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión, para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente;
- e) La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo;
- f) Los términos acá previstos podrán ampliarse por la Superintendencia Nacional de Salud hasta por el mismo tiempo cuando se trate de dos o más investigados o cuando la práctica de pruebas lo requiera;
- g) Las sanciones impuestas por la Superintendencia prestan merito ejecutivo.

**Artículo 50. Sanciones.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones, de acuerdo con las actuaciones realizadas por el vigilado y su impacto en la prestación del servicio de salud:

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





La afectación del derecho fundamental a la salud de los niños y niñas será causal de agravación de las sanciones.

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

**Artículo 51. Sanciones en eventos de conciliación.** La inasistencia injustificada a la audiencia de conciliación por parte de Representantes Legales de entidades públicas o privadas, o el incumplimiento de lo acordado en la respectiva acta de conciliación, constituye una conducta que vulnera el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control por parte de las Entidades Territoriales.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar sus funciones de inspección, vigilancia y control en las direcciones de salud departamentales, distritales o de los municipios de categoría especial.

El Superintendente Nacional de Salud, ejercerá esta facultad mediante acto administrativo en el que se fije, entre otros asuntos, el plazo de duración y las funciones objeto de delegación, las cuales se desarrollarán conforme a la normatividad y procedimientos que aplique ésta Superintendencia.

Las Entidades Territoriales no podrán ejercer inspección, vigilancia y control a entidades de su propiedad o en las cuales tenga participación.

El Superintendente Nacional de Salud no podrá delegar las funciones relativas a la adopción de medidas especiales o de toma de posesión.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud en cualquier momento podrá avocar el conocimiento caso en el cual la Entidad Territorial suspenderá la investigación y pondrá la totalidad del expediente a disposición de la Superintendencia.

## **Capítulo VIII**

### **Disposiciones Transitorias**

**Artículo 53. Plazo para la implementación de la Ley.** La presente Ley para su implementación tendrá un plazo máximo de dos (2) años, salvo en aquellos casos para los cuales se haya establecido un término o condición específica. El Gobierno Nacional hará las apropiaciones presupuestales necesarias para su financiación.

**Artículo 54. Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud.



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

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

**Artículo 55. Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud.** Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente Ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán.

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

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

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

**Artículo 56. Balance de ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado por parte de las Cajas Compensación Familiar.** A partir de la entrada en operación de Salud-Mía, las Cajas de Compensación Familiar que administran directamente los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, contarán con seis (6) meses para presentar ante dicha entidad el balance correspondiente a la ejecución de los recursos del Régimen Subsidiado de los periodos pendientes o cuyo balance haya sido glosado por el Fosyga. Vencido este plazo, las Cajas de Compensación Familiar no podrán reclamar recursos por concepto de déficit en el mencionado balance. En los casos en que el resultado del balance sea superavitario, los recursos correspondientes deben ser girados al Sistema, dentro del término antes señalado.

**Artículo 57. Continuidad de contratos y obligaciones del Fosyga.** El Ministerio de Salud y Protección Social continuará con la ejecución y liquidación de los contratos y obligaciones que se encuentren vigentes y que correspondan al manejo, administración y operación de los recursos del Fosyga, una vez éste sea suprimido.



**Artículo 58. Declaraciones de giro y compensación.** Las declaraciones de giro y compensación del Fosyga que se encuentren en estado aprobado quedarán en firme luego de tres (3) años contados a partir de la fecha de aprobación del proceso de compensación. Una vez la declaración de giro y compensación quede en firme no se podrá hacer ningún tipo de reclamación por ninguna de las partes.

**Artículo 59. Saneamiento de deudas.** Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán un periodo máximo de seis (6) meses para la aclaración de las deudas pendientes provenientes de la prestación de servicios de salud. El Gobierno Nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones; para ello la Superintendencia Nacional de Salud y los demás organismos de control y vigilancia del sector, aplicaran las sanciones a que haya lugar.

**Artículo 60. Recobros y reclamaciones ante el Fosyga.** Los recobros y reclamaciones ante Fosyga que hubieren sido glosados caducarán en dos (2) años.

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

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

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

**Artículo 61. Trámite de glosas.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.

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

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



## **Capítulo IX**

### **Disposiciones Finales**

**Artículo 62. Fondo de garantías para el sector salud.** Salud-Mía dispondrá de un fondo destinado a la administración de los mecanismos financieros necesarios para preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de los siguientes objetivos:

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

Los ingresos del fondo podrán ser:

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

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

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



### **Artículo 63. Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones.**

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

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

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

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

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

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

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





**Artículo 64. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas.** Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente.

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

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

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

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

Los miembros de la Junta Directiva, tendrán un periodo de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos.

**Artículo 65. Facultades extraordinarias régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado.** De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente ley, expida normas con fuerza de ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio público de salud y hacer sostenibles las Empresas Sociales del Estado. En todo caso, en desarrollo de estas facultades se deberán respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los Servidores Públicos, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política.



**Artículo 66. Facultades extraordinaria minorías étnicas.** De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses contados a partir de la expedición de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

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

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

**Artículo 67. Vigencias y derogatorias.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial el literal b) del artículo 15, los artículos 171, 172 de la Ley 100 de 1993; el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007; y los artículos 25, 26, 27 y 137 de la Ley 1438 de 2012.

Transcurrido el esquema de transición definido en la presente Ley, se entienden derogados el literal c) del artículo 155, el artículo 156, el numeral 1) del artículo 161, los artículos 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 205, el numeral 1) del artículo 214, el artículo 215, y el inciso segundo del artículo 217 de la Ley 100 de 1993; el artículo 49 y el inciso número seis del artículo 66 de la Ley 715 de 2001; el literal a) del artículo 13, y los artículos 15, 16 y 19 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 31, 57, 60, 61, 62, 63 y 64 de la Ley 1438 de 2012.

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

Marzo de 2013