

**TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA AL PROYECTO DE
LEY 24 DE 2014 SENADO.**

TEXTO DEFINITIVO APROBADO EN SESIÓN PLENARIA LOS DÍAS 18 Y
19 DE AGOSTO DE 2015 AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 24 DE 2014
SENADO ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 077 DE
2014 SENADO por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del
Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Artículo 2°. Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones. A partir de la vigencia 2015, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para Salud se destinará el 10% para cofinanciar las acciones en Salud Pública; hasta el 80% para el componente de Régimen Subsidiado y el porcentaje restante para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta.

Los recursos para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta, serán distribuidos a las Entidades Territoriales competentes, una vez descontados los recursos para la financiación del Fonsaet según lo establecido en el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7° de la Ley 1608 de 2013 y un porcentaje que defina el Gobierno nacional para financiar los subsidios a la oferta. La distribución de este componente se hará considerando los siguientes criterios:

- a) Población pobre y vulnerable;
- b) Dispersión poblacional medida conforme lo señalado en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001;
- c) Eficiencia administrativa o fiscal en la gestión de prestación de servicios de salud, medida en función de la oportunidad de la ejecución de los recursos de acuerdo con los servicios cobrados a la respectiva entidad territorial; y
- d) Para la distribución del subsidio a la oferta se tendrá en cuenta: la dispersión geográfica, accesibilidad y la existencia en el territorio de monopolio público en la oferta de servicios trazadores.

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

- a) Financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda;

b) Financiación del subsidio a la oferta entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios efectuada por instituciones públicas ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios. En estos casos se podrán realizar transferencias directas por parte de la Entidad Territorial a la Empresa Social del Estado o de manera excepcional financiar gastos para que opere la infraestructura de prestación de servicios pública; y

c) Formalización laboral en condiciones de sostenibilidad y eficiencia.

Parágrafo. Los excedentes y saldos no comprometidos del Sistema General de Participaciones con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios de vigencias anteriores o para la financiación de la formalización laboral de las Empresas Sociales del Estado que pertenezcan a la respectiva Entidad Territorial, solo en los casos en que no existan las mencionadas deudas.

Artículo 3°. Uso de los recursos de aportes patronales del Sistema General de Participaciones. Los recursos correspondientes a los aportes patronales de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado financiados con los recursos del Sistema General de Participaciones, serán manejados por las Empresas Social del Estado a través de una cuenta maestra creada para tal fin.

La Nación girará directamente a la cuenta maestra de la Empresas Social del Estado los aportes patronales que venían financiando antes de la entrada en vigencia de la presente Ley. Por medio de esta cuenta maestra las Empresas Sociales del Estado, deberán realizar los pagos de los aportes patronales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

Los recursos girados al mecanismo de recaudo y giro previstos en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, en virtud del artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, el artículo 106 de la Ley 1687 de 2013 y el artículo 100 de la Ley 1737 de 2014 por parte de las Administradoras de Pensiones tanto del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, como de Ahorro Individual con Solidaridad, las Administradoras de Cesantías, Entidades Promotoras de Salud y/o Fosyga y las Administradoras de Riesgos Laborales; se podrán destinar al saneamiento fiscal y financiero de la red pública prestadora de servicios de salud, privilegiando el pago de los pasivos laborales incluidos los aportes patronales. De no existir estos pasivos se podrán destinar al pago de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda que adeude la Entidad Territorial a la EPS o a los prestadores de servicios de salud.

Estos recursos se distribuirán conforme al artículo 49 de la Ley 715 de 2001. Los recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a través de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y permanecerán en el portafolio de esta subcuenta hasta su giro al beneficiario final.

Los recursos del Sistema General de Participaciones presupuestados por las Empresas Sociales del Estado por concepto 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 antes del 2015 se considerarán subsidio a la oferta.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los procedimientos operativos para el giro y aplicación de los recursos.

Artículo 4°. El artículo 4° de la Ley 1608 de 2013, quedará así:

Artículo 4°. *Uso de los recursos de excedentes de rentas cedidas.* Los departamentos y distritos podrán utilizar los recursos excedentes y saldos no comprometidos a 31 de diciembre de las vigencias 2012, 2013, 2014 y 2015 de las rentas cedidas, en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado y en el pago de las deudas del régimen subsidiado de salud en el marco del procedimiento establecido en el Plan Nacional de Desarrollo vigente; en este último caso los recursos serán girados directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del departamento o distrito. El uso de los 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 y siempre que se hubiesen destinado los recursos de rentas cedidas que cofinancian el régimen subsidiado conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 y demás normas que definan el uso de estos recursos. Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar en consonancia con la red de prestación de servicios e incluirse en el plan bienal de inversiones.

Artículo 5°. *Utilización de recursos de reg alías para el pago de las deudas del régimen subsidiado de los municipios.* Las entidades territoriales que reconocieron deudas del régimen subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud por contratos realizados hasta marzo 31 de 2011, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, podrán utilizar los recursos del Sistema General de Regalías para atender dichas deudas, teniendo en cuenta la sostenibilidad financiera de la red de prestación de servicios de salud. Para lo anterior no se requerirá de la formulación de proyectos de inversión, siendo el Órgano Colegiado de Administración y Decisión respectivo la instancia encargada de aprobar la destinación de recursos necesarios para el pago de dichos compromisos. Los montos adeudados serán girados directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 6°. *Saneamiento de los pasivos de los prestadores de servicios de salud.* Para el saneamiento de los pasivos de los prestadores de servicios de salud y/o para otorgar liquidez a estas entidades con recursos del Presupuesto General de la Nación o de la Subcuenta de Garantías del Fosyga, o de la entidad que haga sus veces, se posibilitarán las siguientes alternativas financieras:

a) Otorgar a las EPS líneas de crédito blandas con tasa compensada para el sector salud, las cuales estarán orientadas a generar liquidez, al financiamiento de los pasivos por servicios de salud a cargo de los responsables del pago y al saneamiento o reestructuración de los pasivos en el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, independientemente de su naturaleza. Estas operaciones se realizarán a través de entidades financieras públicas, sometidas a la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia;

b) Para el caso de Empresas Sociales del Estado, constitución de garantías con recursos de la Subcuenta de Garantías del Fosyga, o de la entidad que haga sus veces, con el fin de que estas entidades puedan acceder a líneas de crédito;

c) Saneamiento directo de pasivos de las Empresas Sociales del Estado hasta el monto máximo de la cartera no pagada por las Entidades Promotoras de Salud liquidadas de conformidad con la disponibilidad de recursos para este fin, y

d) Ampliar las estrategias de compra de cartera;

e) Otorgar líneas de crédito blandas con tasa compensada a los prestadores de servicios de salud, independientemente de su naturaleza jurídica para generar liquidez, cuando se requiera.

El flujo de recursos proveniente del Fosyga, o de la entidad que haga sus veces, o del mecanismo de recaudo y giro creado en virtud del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, que se generen a favor del beneficiario de las operaciones de crédito a que hace referencia este artículo, podrá girarse directamente a la entidad financiera o transferirse a la Subcuenta de Garantías del Fosyga o la entidad que haga sus veces, para el pago de las operaciones a que hace referencia este artículo incluyendo los intereses que se generen.

Los recursos de excedentes de las subcuentas del Fosyga o la entidad que haga sus veces podrán utilizarse para ampliar la cobertura de las operaciones de compra de cartera que se realizan a través de la Subcuenta de Garantías del Fosyga o de la entidad que haga sus veces en las condiciones establecidas en el artículo 9° de la Ley 1608 de 2013 o para financiar las operaciones a que hace referencia este artículo que se realicen a través de la misma subcuenta.

Los pagos o giros que se deriven de la aplicación del presente artículo, deberán registrarse inmediatamente en los estados financieros de los deudores y de los acreedores. Los representantes legales, revisores fiscales y contadores de la respectiva entidad serán responsables del cumplimiento de dichas obligaciones.

Parágrafo 1°. Para el caso de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo medio o alto, los recursos a que hace referencia este artículo serán incluidos como una fuente complementaria de recursos en el marco de los programas de saneamiento fiscal y financiero previstos en el artículo 8° de la Ley 1608 de 2013.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional podrá, a través del Fosyga o la entidad que haga sus veces, o las instituciones financieras definidas por el Estado, vigiladas por la Superfinanciera, hacer anticipos a carteras de las EPS a cargo del Fosyga y girar directamente los recursos a las IPS para pago de las deudas de las EPS.

Artículo 7°. Del Giro Directo en Régimen Contributivo. El Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) o quien haga sus veces girará directamente los recursos del Régimen Contributivo correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación (UPC), destinadas a la prestación de servicios de salud a todas las instituciones y entidades que presentan servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, de conformidad con los porcentajes y las condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El mecanismo de giro directo de que trata el presente artículo solo se aplicará a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo que no cumplan las metas del régimen de solvencia, conforme a la normatividad vigente y de acuerdo con la evaluación que para el efecto publique la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1°. Este mecanismo también operará para el giro directo, de los recursos del Régimen Contributivo, por servicios y tecnologías de salud no incluidos en el Plan de Beneficios, según lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 8°. Del pago de recobros No Pos y de prestaciones excepcionales. Se podrán incorporar apropiaciones en Presupuesto General de la Nación destinadas para el pago de

tecnologías no incluidos en Plan de Beneficios a cargo de las entidades territoriales. En la distribución de dichos recursos se tendrá en cuenta la capacidad financiera de las entidades territoriales, otorgando mayor monto a aquellas que generen menores recursos propios.

Artículo 9°. Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y del Contributivo, independientemente de su naturaleza jurídica, el Fosyga o la entidad que haga sus veces y las entidades territoriales, cuando corresponda, deberán depurar y conciliar permanentemente las cuentas por cobrar y por pagar entre ellas, y efectuar el respectivo saneamiento contable de sus estados financieros.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones, términos y fechas referidos al proceso de glosas aplicadas por las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, asociadas a la prestación del servicio de salud.

En caso de incumplimiento de lo previsto en este artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, de oficio o a petición de parte, actuará como árbitro, para lo cual la Nación asignará los recursos correspondientes, y sus decisiones sobre estas cuentas serán de obligatoria observancia para las partes involucradas. Esta función se podrá ejercer a través de un Tribunal de Expertos que actuará dentro de la Superintendencia Nacional de Salud y coordinado por esta, y podrá apoyarse en entidades como la Unidad Administrativa Especial Junta Central de Contadores y las Cámaras de Comercio, entre otras.

Lo anterior, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud pueda seguir actuando como conciliador de conformidad con las normas vigentes y de la responsabilidad que les asiste a los representantes legales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y de las Entidades Promotoras de Salud, así como de sus revisores fiscales, de atender adecuadamente las prácticas contables y reflejar en los estados financieros la realidad económica de las empresas.

El saneamiento contable responsabilidad de las IPS y EPS, según el caso, deberá atender como mínimo lo siguiente:

- a) Identificar la facturación radicada;
- b) Reconocer y registrar contablemente los pagos recibidos, las facturas devueltas y las glosas;
- c) Realizar la conciliación contable de la cartera, adelantar la depuración y los ajustes contables a que haya lugar, para reconocer y revelar en los Estados Financieros los valores;
- d) La cartera irrecuperable, como resultado de la conciliación y depuración contable, que no se encuentre provisionada, deberá reclasificarse a cuentas de difícil cobro, provisionarse y castigarse en el ejercicio contable en curso, según corresponda;
- e) Castigar la cartera originada en derechos u obligaciones que carecen de documentos de soporte idóneos, a través de los cuales se puedan adelantar los procedimientos pertinentes para obtener su cobro o pago, y

f) Castigar la cartera cuando evaluada y establecida la relación costo-beneficio de la gestión de cobro resulte más oneroso adelantar dicho cobro. El Gobierno nacional reglamentará la materia.

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

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley la depuración y conciliación de cuentas debe realizarse en un plazo de 90 días, salvo los casos en que amerite la ampliación de dicho plazo.

Artículo 10. Saneamiento de deudas y capitalización de las Entidades Promotoras de Salud en que participen Cajas de Compensación Familiar. Con el propósito de garantizar el acceso y goce efectivo del derecho a la salud y cumplir las condiciones financieras para la operación y el saneamiento de las Entidades Promotoras de Salud en que participen las Cajas de Compensación Familiar o los programas de salud que administren o hayan operado en dichas entidades, se podrán destinar recursos propios de las Cajas de Compensación Familiar y los recursos a que hace referencia el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011 recaudados en las vigencias 2012, 2013 y 2014 que no hayan sido utilizados en los propósitos definidos en la mencionada ley a la fecha de entrada en vigencia de la presente disposición, siempre que no correspondan a la financiación del Régimen Subsidiado de Salud. Subsidiariamente los recursos de la contribución parafiscal recaudados por las Cajas de Compensación Familiar no requeridos para financiar programas obligatorios podrán destinarse para estos propósitos.

Artículo 11. Procesos de Recobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud. Los procesos de recobros, reclamaciones reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud que se surten ante el Fosyga o la entidad que asuma sus funciones se regirán por las siguientes reglas:

Tratándose de recobros y reclamaciones:

El término para efectuar reclamaciones o recobros que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga será de tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fosyga.

El término para la caducidad de la acción legal que corresponda, se contará a partir de la fecha de la última comunicación de glosa impuesta en los procesos ordinarios de radicación, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) o quien este designe.

En el caso de los recobros y reclamaciones que hayan sido glosados por el Fosyga y sobre los cuales no haya operado el término de caducidad de la acción legal que corresponda, solo se exigirá para su reconocimiento y pago los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, los cuales serán determinados por el MSPS. Para tales efectos, las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se llegue a aprobar a favor de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas. El pago de las solicitudes aprobadas estará sujeto a la disponibilidad presupuestal de recursos para cada

vigencia, sin que haya lugar al reconocimiento de intereses moratorios por las solicitudes que se presenten bajo este mecanismo.

Los procesos de reconocimiento y giro de los recursos del aseguramiento de seguridad social en salud quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización. Cumplido dicho plazo, no procederá reclamación alguna.

Artículo 12. ELIMINADO.

Artículo 13. Recursos del artículo 37 de la Ley 1393 de 2010. Condónese el saldo del capital e intereses de los recursos objeto de las operaciones de préstamo interfondos realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la facultad otorgada en los artículos 37 de la Ley 1393 de 2010, 71 de la Ley 1485 de 2011 y 68 de la Ley 1593 de 2012, entre la subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) y la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

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

Artículo 14. Recursos del artículo 5° de la Ley 1608 de 2013. Quien tenga los derechos de las cuentas por cobrar a las Entidades Territoriales derivados de la operación prevista en el artículo 5° de la Ley 1608 de 2013, podrá condonar total o parcialmente los montos a ser restituidos por parte de los municipios, considerando la capacidad de pago de las Entidades Territoriales, de acuerdo con los criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, fiscales y penales por el manejo indebido o irregular de los contratos de aseguramiento del régimen subsidiado, que dieron lugar a las deudas reconocidas derivadas de dichos contratos.

Artículo 15. Prohibición de afectación de activos. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud adelante actuaciones administrativas en firme, medidas especiales o revocatorias de habilitación o autorización para funcionar, respecto de Entidades Promotoras de Salud, podrá ordenar la prohibición de venta, enajenación o cualquier tipo de afectación de sus activos.

Artículo 16. Prelación de créditos en los procesos de liquidación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, (IPS), y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). En los procesos de liquidación de las Entidades Promotoras de Salud, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se aplicará la siguiente prelación de créditos, previo el cubrimiento de los recursos adeudados al Fosyga o la entidad que haga sus veces si fuere el caso:

- a) Deudas laborales;
- b) Deudas reconocidas a Prestadoras de Servicios de Salud;
- c) Deudas de impuestos nacionales y municipales;
- d) Deudas con garantía prendaria o hipotecaria, y
- e) Deuda quirografaria.

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

Artículo 17. *Del mejoramiento de los procesos de intervención.* La Superintendencia Nacional de Salud incluirá dentro de la lista de interventores a instituciones sin ánimo de lucro y destacadas en el sistema como facultades de medicina acreditadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), también acreditadas, y Cajas de Compensación Familiar con trayectoria de buen desempeño en la prestación de servicios de salud.

Parágrafo 1°. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá en cuenta los posibles conflictos de intereses que se puedan presentar en la selección de interventores. Las entidades designadas como interventoras observarán las causales de inhabilidad, impedimentos y prohibiciones para la designación de los funcionarios que encarguen de las tareas de intervención.

Parágrafo 2°. Los periodos de los interventores y/o personas naturales que los representen no podrán ser superiores a 3 años en una misma entidad, renovable hasta por el mismo periodo previa evaluación de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 18. *De la aplicación de buenas prácticas administrativas y financieras de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y las Entidades Promotoras de Salud (EPS).* El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, creará y desarrollará el capítulo de aplicación de buenas prácticas administrativas y financieras para la evaluación de las IPS y EPS.

Los resultados de dicha evaluación se publicarán periódicamente para información de los usuarios y el seguimiento de los organismos de inspección, vigilancia y control. En caso de que el resultado de la evaluación no sea satisfactorio, se compulsará copia a la Superintendencia Nacional de Salud para que haga acompañamiento y verifique el cumplimiento de lo establecido en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011.

La valoración sobre el cumplimiento de las buenas prácticas administrativas y financieras por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (IPS), tendrá en cuenta la integración gradual en redes y la adopción de sistemas de contratación más eficientes y transparentes, preferiblemente a través de estas redes.

Para efectos de la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud se crearán incentivos para los prestadores que estén integrados en redes y que dispongan de mecanismos de contratación que favorezcan la gestión de estas instituciones.

Artículo 19. *De la participación de los trabajadores dentro de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado.* Los trabajadores que tienen representación en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, además de las funciones establecidas en la normatividad vigente, participarán como cuerpo consultor y velarán por la equidad en la forma de vinculación y la remuneración, la calidad del servicio y la sostenibilidad administrativa y financiera y podrán participar activamente en la formulación y ejecución de los planes de cumplimiento y mejoramiento de la entidad.

Artículo 20. *Del apoyo al aumento de médicos especialistas.* Las instituciones de educación superior que cuenten con programas de medicina acreditados en calidad, podrán ampliar los cupos de cupos de cualquiera de los programas de especialización médico quirúrgicos que cuenten con registro calificado, para lo cual solo tendrán que informar al Ministerio de Educación Nacional previamente a la ampliación, presentado los resultados de la autoevaluación correspondiente.

Para la acreditación de los programas de pregrado de Medicina, se requerirá que la Institución de Educación Superior cumpla con una oferta básica de programas y cupos de especialización médico quirúrgicos, según reglamentación que expidan los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social.

Quienes realicen especializaciones médico-quirúrgicas en instituciones de educación superior públicas, deberán realizar una contraprestación como servicio social de su especialización en una institución o una Red Prestadora de Servicios de Salud que defina el Ministerio de Salud y prestación de servicios. Este servicio social será remunerado y tendrá una duración de entre seis meses y un año, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Créase el Fondo para la gestión de los recursos destinados a financiar las becas crédito de que trata el artículo 193 de la Ley 100 de 1993. Harán parte de este fondo, además de los recursos previstos en el mencionado artículo, los rendimientos financieros generados por sus saldos y los demás recursos destinados por entidades y organismos públicos y privados para este propósito

Artículo 21. (ELIMINADO).

Artículo 22. ELIMINADO.

Artículo 23. *De la comunicación en línea de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud con la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, en un plazo de dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, dispondrá de un sistema de comunicación que garantice la oportuna atención, trámite y seguimiento de las peticiones, quejas y reclamos de todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual contendrá, como mínimo, las siguientes características:

- a) Servicio gratuito;
- b) Atención las 24 horas del día y durante todo el año calendario;
- c) Atención ágil, oportuna y personalizada, y
- d) Mecanismos idóneos de seguimiento a las peticiones, quejas y reclamos, y la resolución de las mismas. Para el efecto se utilizará una línea especial de atención al usuario.

Parágrafo. Se deben realizar las gestiones necesarias, para que los términos de asignación de cita por medicina general no puedan superar los tres (3) días, y la consulta con especialistas el término de diez (10) días.

Artículo 24. *Descuentos por multifiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).* Cuando se haya efectuado un giro no debido por concepto de reconocimiento

de UPC por deficiencias en la información, estos valores podrán ser descontados dentro de los 2 años siguientes al hecho generador de la multifiliación. En los casos en que se efectúen los descuentos se tendrá en cuenta el derecho al reconocimiento de los gastos incurridos en la atención del afiliado a la EPS que los asumió, por parte de la Entidad que recibió la Unidad de Pago por Capitación.

Artículo 25. *Presupuestación de Empresas Sociales del Estado.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios para la presupuestación de las Empresas Sociales del Estado observando los criterios de racionalidad en el gasto y las condiciones del mercado en el que operan.< o:p>

Artículo 26. A partir de la entrada en vigencia de la presente ley todas las EPS, deben asegurar como mínimo una consulta médica general anual preventiva a toda la población a su cargo y tendrán un período de tres (3) años para realizar un diagnóstico integral de sus asegurados y familiares con el propósito de levantar el perfil epidemiológico de la comunidad afiliada e identificar factores de riesgo, enfermos, hábitos y entornos.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los protocolos con los que se desarrollará el presente artículo.

Artículo 27. *Plan de Estímulos para Hospitales Universitarios.* Los Hospitales Universitarios acreditados en el siguiente Plan de Estímulos:

- a) Exención de la tasa de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia de Salud;
- b) Se le otorgarán 5 puntos adicionales a las propuestas de proyectos de investigación presentados por sus grupos de investigación en las convocatorias del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología;
- c) Exención de Arancel e IVA de los equipos y tecnología para brindar asistencia en salud;
- d) Otorgar diez (10) puntos preferenciales, para la asignación de re cursos para cupos de doctorado en las convocatorias de Colciencias y Colfuturo a los candidatos que sean presentados por el Hospital Universitario acreditado;
- e) Las demás que adicionalmente, el Gobierno nacional defina.

El parágrafo transitorio del artículo 100 de la Ley 1438 de 2011, quedará así:
¿PARÁGRAFO TRANSITORIO. A partir del 1º de enero del año 2020 solo podrán denominarse Hospitales Universitarios, aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en este artículo¿.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud, que en desarrollo de la Ley 645 de 2001 reciben recursos provenientes de la Estampilla Pro-Hospitales Universitarios Públicos, que a 1º de diciembre de 2020 no logren obtener el reconocimiento como Hospitales Universitarios según los requisitos exigidos en el artículo 100 la Ley 1438 de 2011, podrán continuar recibiendo dichos recursos hasta el 31 de diciembre de 2024, siempre y cuando demuestren avances concretos y progresivos de un Plan aprobado por la Junta Directiva para lograr la acreditación como Hospital Universitario antes de esa fecha.

Artículo 28. ELIMINADO.

Artículo 29. (NUEVO) Usos de los recursos excedentes del sector salud. Con el fin de priorizar las necesidades del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos:

1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2015, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este inciso. En caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en el presente parágrafo.

2. Los recursos recaudados de la Estampilla Pro-Salud de que trata el artículo 1º de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines.

3. Los excedentes del Sistema General de Participaciones destinados al componente de salud pública que no se requieran para atender las acciones de salud pública y los recursos de transferencias realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga de vigencias anteriores, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin coberturas en el POS, provistos a los usuarios del régimen subsidiado. Los recursos deberán ser girados directamente a los prestadores de servicios de salud.

Artículo 30. (NUEVO). Las cuotas correspondientes a la recuperación de la compra de cartera que se realiza en virtud de la Ley 1608 de 2013, aprobada antes de la vigencia de la presente ley podrán pagarse hasta el 31 de diciembre de 2016. El obligado a pagar podrá pedir ampliación del plazo de pago de las cuotas sobre los saldos pendientes por pagar, sin que dicho plazo supere la vigencia fiscal.

Artículo 31. Vigencia y derogatoria. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 182 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar el texto definitivo aprobado en sesión Plenaria del Senado de la República los días 18 y 19 de Agosto de 2015, al Proyecto de ley número 024 de 2014 Senado acumulado con el Proyecto de ley número 077 de 2014 Senado, *por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.*

Cordialmente,

El presente texto definitivo, fue aprobado con modificaciones en Sesión Plenaria del Senado de la República los días 18 y 19 de agosto de 2015, de conformidad con el texto propuesto para segundo debate.