Bogotá D.C., 31 de marzo de 2023

AGMETH JOSÉ ESCAF TIJERINO
Honorable Representante
Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente
Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de Ley No. 339 de 2023** Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, acumulado con los **Proyectos de Ley No. 340 de 2023** Cámara *"Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, **Proyecto de Ley No. 341 de 2023** Cámara *"Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"*, y el **Proyecto de Ley No. 344 de 2023** Cámara *"Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*.

Honorable Presidente:

Atendiendo la designación realizada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes y en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, rendimos informe de ponencia para primer debate de la siguiente manera:

1. Antecedentes
2. Objeto
3. Justificación de la iniciativa
4. Análisis de las iniciativas y proyectos acumulados
5. Pliego de modificaciones
6. Proposición
7. Texto propuesto para Primer Debate

1. ANTECEDENTES

La presente iniciativa fue radicada por el Gobierno Nacional, en cabeza de la Ministra de Salud y Protección Social, Carolina Corcho Mejía, los Honorables Senadores Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epieyu, Aida Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury, y los Honorables Representantes Alfredo Mondragón Garzón, David Ricardo Racero Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracutao García Ospina, Juan Carlos Vargas Soler, Juan Pablo Salazar Rivera.

El 17 de febrero de 2023 fue remitido a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Asimismo, el 17 de febrero de 2023 fue remitido a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley No. 340 de 2023 Cámara *"Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Autor: HS. Honorio Miguel Henríquez Pinedo, H.S. José Vicente Carreño Castro, HS María Fernanda Cabal Molina, H.S. Andrés Felipe Guerra Hoyos, H.S Josué Alirio Barrera Rodríguez, H.S. Miguel Uribe Turbay, H.S. Carlos Meissel Vergara. H.S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés, H.S. Yenny Esperanza Rozo Zambrano, H.S. Paloma Susana Valencia Laserna, H.R. Andrés Eduardo Forero Molina, H.R. Juan Fernando Espinal Ramírez, H.R. Cristián Munír Garcés Aljure, H.R. Yulieth Andrea Sánchez Carreño, H.R. Carlos Edward Ososio Aguilar, H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, H.R. Eduard Alexis Triana Rincón, H.R. Jaime Uscátegui Pastrana, H.R. Yenica Sugein Acosta Infante, H.R. Juan Felipe Corzo Álvares, H.R. Hernán Darío Cadavid Márquez.

El 23 de febrero del 2023 fueron designados como ponentes del Proyecto de Ley No. 340 de 2023 Cámara *"Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud*", los honorables representantes H.R. Alfredo Mondragón Garzón, H.R. Germán Rogelio Rozo Anís, H.R. Martha Lisbeth Alfonso Jurado, H.R. Gerardo Yepes Caro, como coordinadores ponentes. Y como ponentes a los honorables representantes, H.R. Germán Gómez López, H.R. Juan Carlos Vargas Soler, H.R. Betsy Judith Pérez Arango, H.R. Camilo Esteban Ávila Morales, y H.R. Juan Felipe Corzo Álvarez.

Posterioremente, el 15 de marzo del 2023 fue remitido a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"*. Autor: H.S. Carlos Abraham Jiménez López y H.R. Andrés Eduardo Forero Molina.

Asimismo, el 15 de marzo del 2023 fue remitido a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social*

en Salud". Autor:

El 21 de marzo del 2023 mediante Resolución No. 006 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se acumuló el **Proyecto de Ley No. 339 de 2023** Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, con los **Proyectos de Ley No. 340 de 2023** Cámara *"Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, **Proyecto de Ley No. 341 de 2023** Cámara *"Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"*, y el **Proyecto de Ley No. 344 de 2023** Cámara *"Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*.

2. OBJETO

La presente ley, de conformidad con la ley 1751 de 2015, sus definiciones y principios restructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece el Sistema de Salud, desarrolla sus principios, enfoque, estructura organizativa y competencias.

El Sistema de Salud se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. En consecuencia, el Sistema de Salud constituye el aseguramiento social, con participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Establece el modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, la participación social y los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

La reforma se fundamenta en los principios rectores que la Constitución política le ha dado al derecho fundamental a la salud: dignidad humana, igualdad, solidaridad, interés general, universalidad, acceso oportuno y de calidad, y, eficiencia del sistema de salud.

I. DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

A. Constitución Política de Colombia y jurisprudencia constitucional

Colombia es un Estado Social de Derecho, cuya meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido *"(…) la creación de condiciones razonables de vida (…)"*[1], de allí que se estableciera como principios fundamentales de la Constitución Política la dignidad humana, la solidaridad y el interés general. A través de los años la ciudadanía y la Corte Constitucional los han citado como principios fundamentales para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna. En especial, respecto al derecho fundamental a la salud, reconocido por la Corte Constitucional como un derecho fundamental atípico.

En diversas ocasiones la Corte Constitucional ha reconocido que el derecho a la salud es un derecho fundamental atípico, porque si bien se encuentra dentro de los derechos sociales de la Carta Magna, su naturaleza se compone de dos principios "solidaridad[2] y dignidad humana[3]", como también del derecho fundamental a la vida, como se estableció en la Sentencia T-760 de 2008[4], como en otros casos se ha establecido como derecho fundamental

---

[1] Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 *"Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales*

[2] Sentencia C-313 de 2014: "(…) *El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. (…)"*

[3] Sentencia C-313 de 2014: *"(…) Una síntesis de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión "dignidad humana" como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)"* (Sentencia T-881 de 2002 M.P. Montealegre Lynett)

[4] "[…] El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna […]"

por ser los reclamantes sujetos de especial protección o por encontrarse dentro de las garantías establecidas dentro del mismo sistema de salud, como los medicamentos cubiertos por el POS (UPC).

Si bien, el derecho a la salud se encuentra en los artículos 48 y 49 de la Constitución, como un derecho social y prestacional, que debe ser reglamentado y dirigido por el Estado, en pro de regular los diversos actores del sistema, el trasfondo de este es garantizar la vida digna de quienes se encuentran dentro del territorio colombiano. Como también se denota en la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se declara exequible la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud. Dicha sentencia expone que:

> *"En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud. Por lo que respecta al desarrollo jurisprudencial de la Corte sobre el derecho a la salud, se recordó que inicialmente se le estimaba como fundamental en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales. Igualmente se mencionó el cambio jurisprudencial en la definición y conceptualización del derecho fundamental, en particular, el peso de la dignidad humana en la calificación de un derecho como fundamental.*
>
> *La Corporación reiteró la importancia de los diversos elementos que caracterizan a un derecho como fundamental y en particular la transmutación del derecho en una garantía subjetiva en razón del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y la importancia de la existencia de consensos, en torno al carácter fundamental del derecho.*
>
> *La Sala, destacó los propósitos de la Ley Estatutaria, en particular, se hizo alusión a la exposición de motivos, enfatizándose en la relevancia de la Observación 14 como guía interpretativa y en la idea de una cobertura de beneficios que tuviese como límite lo excluido por la Ley."*

Lo anterior, ha llevado a que la Corte Constitucional dentro de la Sentencia C-313 de 2014 señale "(…) *que es de esperarse que, en la legislación ordinaria y su reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad"*.

Por otro lado, la Corte recalcó que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores mismos del sistema de salud. Siendo labor del Ministerio de Salud presentar la propuesta de reforma que permita resolver los problemas al: (i) manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) prevención y atención de la enfermedad; (iii) rectoría del sistema de salud en cabeza del Estado, siendo el modelo de salud de aseguramiento público; (iv) acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; e, (vii) inspección, vigilancia y control.

En conjunción con la Constitución Política y la Ley Estatutaria de Salud, están los principios y mandatos que hacen bloque de constitucionalidad y que aluden a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación general N.°14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.º 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de

la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, se ha tomado, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así mismo, también la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación general 6.

B. Ley Estatutaria 1751 de 2015

La Ley 1751 de 2015 fue fruto de debates constantes, propuestas presentadas por la sociedad civil y el Estado, dentro de las cuales se destacan las de la ANSA, la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas de la Salud, la Secretaría Distrital de salud de la ciudad de Bogotá, los congresistas de diversos sectores políticos y el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Ley se sometió a la revisión constitucional de la Corte Constitucional y fue declarada exequible con considerandos e inexequibilidades parciales que se encuentran en la Sentencia C-313 de 2014. En dicha sentencia, como ya se enunció en el literal a del capítulo I, se expone la necesidad de legislar vía leyes ordinarias, como por otras vías normativas "(…) *las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad."*

Una relación de cada artículo de la Ley estatutaria permite un principio de interpretación para enmarcar el Sistema de Salud propuesto en este proyecto.

La Ley Estatutaria de Salud, ordena un sistema inclusivo, que impone un principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y como parte del derecho se reconocen los determinantes sociales de la salud como los definió la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000.

Para garantizar este marco normativo se debe ajustar el diseño institucional instaurado por la Ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, y el intento de continuar en esta línea mediante el Proyecto de Ley 010 del Senado de la República y 425 de Cámara de Representantes, que fue archivado en el contexto de las peticiones del paro nacional del 2021.

II. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de seguridad social en salud de Colombia después de la Constitución de 1991 se diseñó con el objetivo de intervenir para la redistribución de la riqueza y el cumplimiento de los principios de dignidad humana, igualdad, universalidad, eficiencia y solidaridad[5], todo ello enmarcado dentro del concepto de Estado de Bienestar. En el artículo 49 de la Constitución Política se estableció que el derecho a la salud está en cabeza del Estado, para garantizar *"acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud",* así mismo, el Estado debe ser quien hace las funciones de *"dirección, coordinación y control[6]"*.

[5] Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia

[6] Ibidem

El Sistema de Seguridad Social en Salud que se orientó a dar alcance a la Constitución en estos mandatos debe ser evaluado desde sus resultados y, la descripción del modelo económico establecido en el sistema de salud.

A. Resultados del Sistema de Salud en Colombia

El modelo del sistema de salud adoptado desde 1993 pretendió garantizar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad que establece el artículo 48 de la Constitución Política, cobertura con acceso oportuno y de calidad, en pro de disminuir la mortalidad y aumentar los años de calidad de vida saludable, todo lo anterior, a través de la cobertura universal del servicio por medio de la afiliación de toda la población dentro del régimen contributivo y el régimen subsidiado.

Bajo el nuevo modelo, correspondía al Estado regular, analizar, inspeccionar y controlar el desempeño y los resultados de la interacción entre las EPS, las IPS y los entes territoriales, desde la gestión del riesgo individual, operativo y colectivo.

1. Indicadores trazadores de la situación de salud

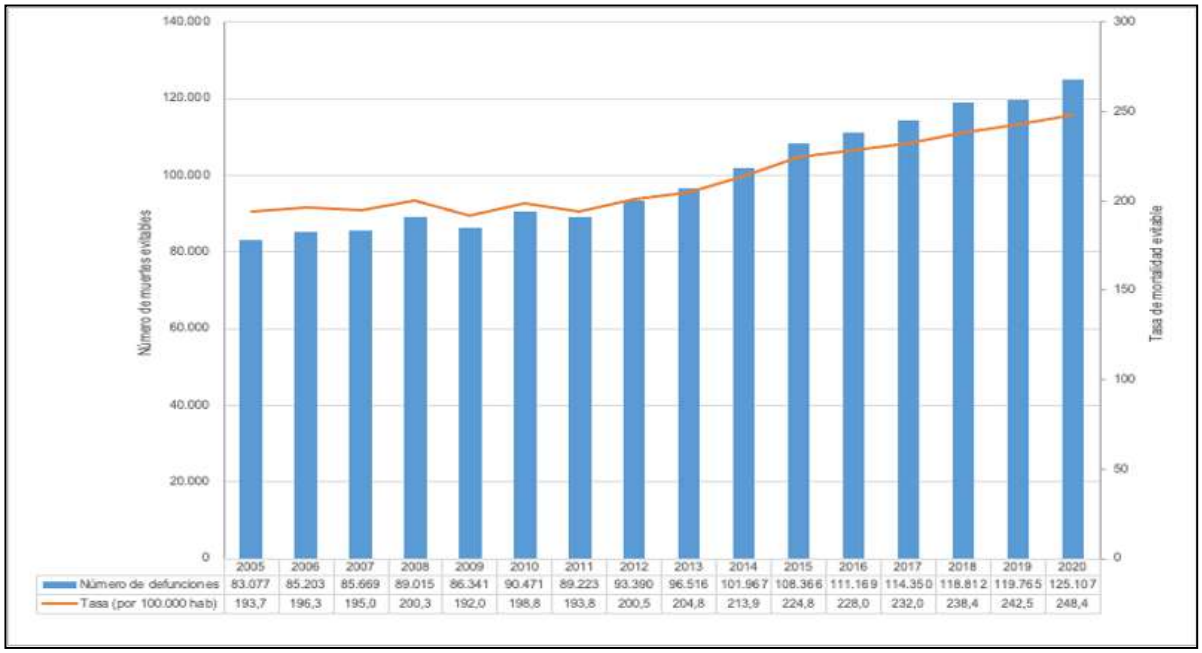
Desde la vigencia del modelo de salud instaurado por la Ley 100 de 1993 se han logrado avances importantes que se reflejan en los indicadores de morbi-mortalidad, han bajado algunos de los indicadores trazadores de salud acercándose a la media internacional, la afiliación supera el 98% de la población y por lo menos en las zonas urbanas de ciudades grandes e intermedias los valores de atención de la enfermedad han crecido y el Estado ha aumentado casi tres veces el presupuesto en salud desde 1994.

Mortalidad. Sin embargo, las cifras aportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social muestran que entre 2005 y 2020 en Colombia se produjeron en promedio 242.042 muertes al año; durante este periodo la tasa de mortalidad aumentó en un 31,7%, pasando de 455,3 a 597,2 muertes por cada 100.000 personas, que corresponde a 81.381 muertes más en 2020 que en 2015.

Mortalidad evitable. De acuerdo al Sistema de Estadísticas Vitales liderado por este Ministerio el 46,6% de las muertes reportadas, entre 2005 a 2020, fueron muertes evitables[7], esto equivale a 1.598.441 personas (Gráfico 1). En 2020, Tolima (348,8), Quindío (345,8), Risaralda (324,3), Caldas (308,8), Valle del Cauca (307,6) y Boyacá (294,8) presentaron las tasas de mortalidad evitable por 100.000 personas más altas, siendo estadísticamente superiores al valor nacional, con un nivel de confianza del 95% (cuadro 2).

[7] Diagnósticos utilizados según clasificación de Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Analysis of mortality amenable to health care, presentado en el Informe 11 – INS, consultado en https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf

Gráfico 1 Distribución de la mortalidad evitable[1] en población general, Colombia 2005 a 2020



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Tabla 1 Tasa de mortalidad evitable[1] en población general por entidad territorial, Colombia 2020

Entidad territorial	2020
Antioquia	244,9
Atlántico	276,1
Bogotá, D.C.	212,4
Bolívar	258,1
Boyacá	294,8
Caldas	308,8
Caquetá	198,5
Cauca	225,3
Cesar	195,8
Córdoba	224,2
Cundinamarca	238,7
Chocó	132,5
Huila	270,5
La Guajira	144,7
Magdalena	239,5
Meta	232,3
Nariño	246,2
Norte de Santander	264,3
Quindío	345,9
Risaralda	324,3
Santander	251,2
Sucre	249,2
Tolima	348,8
Valle del Cauca	307,6
Arauca	196,1
Casanare	152,6
Putumayo	174,6
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	208,8
Amazonas	153,1
Guainía	152,1
Guaviare	140,8
Vaupés	78,3
Vichada	76,1
Colombia	248,4

Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el departamento y el indicador nacional.

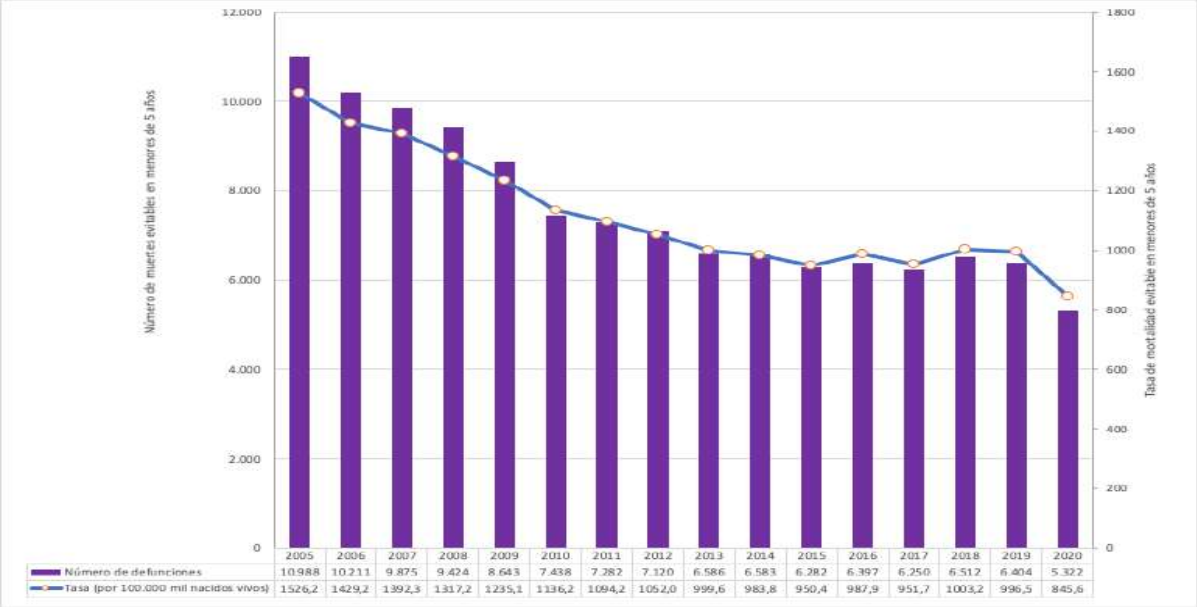
Cuando la diferencia relativa es mayor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en el departamento comparado con el indicador nacional.

Cuando la diferencia relativa es menor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en el departamento comparado con el indicador nacional.

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Con relación a la evitabilidad[8] de las muertes en menores de 5 años, se evidencia que, para el mismo periodo, se redujo la tasa de mortalidad por 100.000 nacidos vivos, pasando de 1.526,2 a 845,6, es decir disminuyó en un 55,4%, entre 2005 a 2020. El total de muertes evitables en menores de 5 años fue de 121.317, con un promedio de 7.582 muertes evitables por año (Gráfico 2). Para 2020, 16 de los 32 departamentos (48,4%) presentaron tasas significativamente más altas que la media nacional, de esta forma encabezan la lista los departamentos de Vichada (2.109,9), Chocó (1.894,5), La Guajira (1.744,3), Guainía (1.712,7) y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1.581,0) (Cuadro 3).

Gráfico 2 Distribución de la mortalidad evitable[2] en menores de 5 años por 100.000 nacidos vivos (Colombia 2005 a 2020)



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de defunciones	10.988	10.211	9.875	9.424	8.643	7.438	7.282	7.120	6.586	6.583	6.282	6.397	6.250	6.512	6.404	5.322
Tasa (por 100.000 mil nacidos vivos)	1526,2	1429,2	1392,3	1317,2	1235,1	1136,2	1094,2	1052,0	999,6	983,8	950,4	987,9	951,7	1003,2	996,5	845,6

[8] Lista de causas potencialmente evitable en menores de 5 años, Rojas – Botero. Mayle et col, consultado en: https://www.scielo.br/j/csp/a/GLpnf4YbGFwBCkqz9cWcQ8D/abstract/?lang=es

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Tabla 2 Tasa de mortalidad evitable1 en menores de 5 años (por 100.000 nacidos vivos) por entidad territorial, Colombia 2020

Entidad territorial	2020
Antioquia	624,1
Atlántico	1187,3
Bogotá, D.C.	601,3
Bolívar	948,6
Boyacá	656,9
Caldas	642,6
Caquetá	636,9
Cauca	826,8
Cesar	993,2
Córdoba	1065,9
Cundinamarca	679,9
Chocó	1894,5
Huila	630,5
La Guajira	1744,3
Magdalena	940,0
Meta	807,8
Nariño	825,2
Norte de Santander	779,3
Quindío	810,0
Risaralda	1075,8
Santander	522,6
Sucre	737,9
Tolima	825,8
Valle del Cauca	737,9
Arauca	844,4
Casanare	962,8
Putumayo	951,8
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1581,0
Amazonas	1235,7
Guainía	1712,7
Guaviare	1181,1
Vaupés	1339,3
Vichada	2109,9
Colombia	845,6

Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en el departamento y el indicador nacional.

Cuando la diferencia relativa es mayor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en el departamento comparado con el indicador nacional.

Cuando la diferencia relativa es menor que uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en el departamento comparado con el indicador nacional.

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Cumplimiento de metas del país frente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Durante el periodo de 1993-2020 se analizan algunos indicadores seleccionados por su impacto en la salud, como por la capacidad de gestionar el riesgo para evitarlo por parte del sistema de salud asociados a los Objetivos del Milenio ODM y los **Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS**.[9]

Mortalidad materna. La mortalidad materna se encuentra asociada a la falta o el bajo número de controles prenatales y la calidad de los mismos, planificación familiar previa al embarazo, detección del riesgo obstétrico en el primer trimestre y mecanismos que garanticen la prestación de servicios de alta complejidad para mujeres gestantes durante el parto, cuyos elementos se encuentran asociados a la prestación de servicios de salud. Frente a la accesibilidad a los servicios de salud para la prevención, predicción y atención de la mortalidad materna, se debe tener en cuenta que para el año 2015 se esperaba cumplir, según los ODM, la razón de mortalidad de 45 sobre 100.000 y se arrojó una media de razón de mortalidad de 53,7 sobre 100.000.

Respecto a los ODS, Colombia debe llegar en el año 2030 a razón de mortalidad materna de 32 sobre 100.000, para el 2020 debería tener razón de mortalidad materna de 51 sobre 100.000 y se encuentra en 66,7 sobre 100.000. Hasta el momento Colombia no ha logrado cumplir las metas internacionales para evitar la mortalidad materna en Colombia, siendo aún más gravosa en zonas dispersas o poblaciones vulnerables, como se evidencia

[9] Se deja como salvedad, que, las series de tiempo se deben valorar con la siguiente advertencia: con relación a la mortalidad materna, las series presentan cambios en los formatos de captura de información del DANE (certificados de defunción y de nacido vivo, en el sistema de registro civil y estadísticas vitales), que ocurrió en el año 1998, además de los cambios en la clasificación de enfermedades, dado que en este mismo año se adoptó la 10ma revisión del CIE. Por ello, los dato antes y después de 1998, no pueden ser comparados.

en los datos del año 2020: Chocó con 199,37/100.000, La Guajira 177,18/100.000, Amazonas 191,75/100.000, Guainía 323,97/100,000 y Vichada con 201,48/100.000. Así mismo, cifras similares se podrían encontrar en algunos barrios de ciudades grandes e intermedias, según los estratos sociales y posibilidades económicas de acceso a buenos servicios de salud, por ejemplo, para el año 2021 en Barrios Unidos (Bogotá) las cifras eran de 204,5 /100.000 y en Los Mártires (Bogotá) 193,8/100.000, nada cercano a la media de Bogotá, que para el año 2020 era de 31,52/100.000.

Entre los años 1993 a 2021[10], frente al número de muertes maternas se encontró lo siguiente:

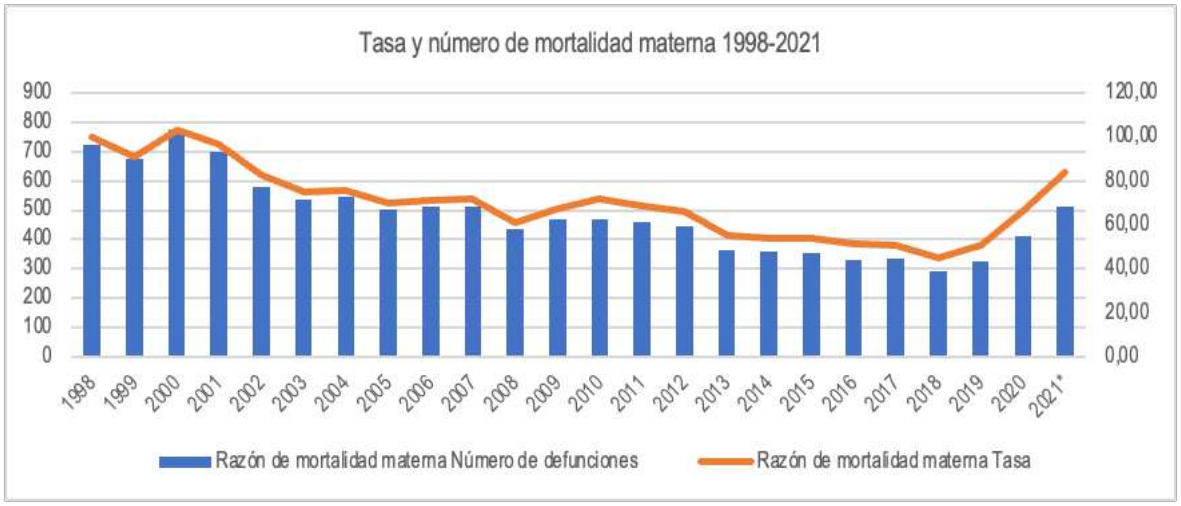
Gráfico 3 Número de muertes maternas entre 1993-2021

Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.

Los datos generales indican que las cifras de mortalidad materna en términos generales mantienen la misma media de muertes por año desde 1993 hasta 2021. Como también, si el análisis se hiciera conforme a la información soportada desde el año 1998 a 2021 sobre la tasa, las cifras no cambian en gran proporción, aun cuando ha bajado la tasa de natalidad poblacional como se observa en la gráfica 4.

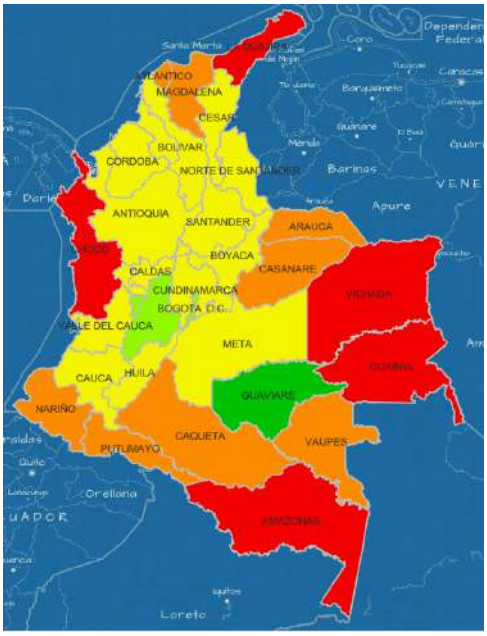
[10] Los datos del año 2021 son preliminares dentro de las reglas de verificación de la información que se realizan entre la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.

Gráfico 4 Tasa x 100.000 habitantes y número de muertes maternas 1998-2021[11]



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Comportamiento de la tasa de Mortalidad Materna en Colombia 2020 por departamento



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD 2021

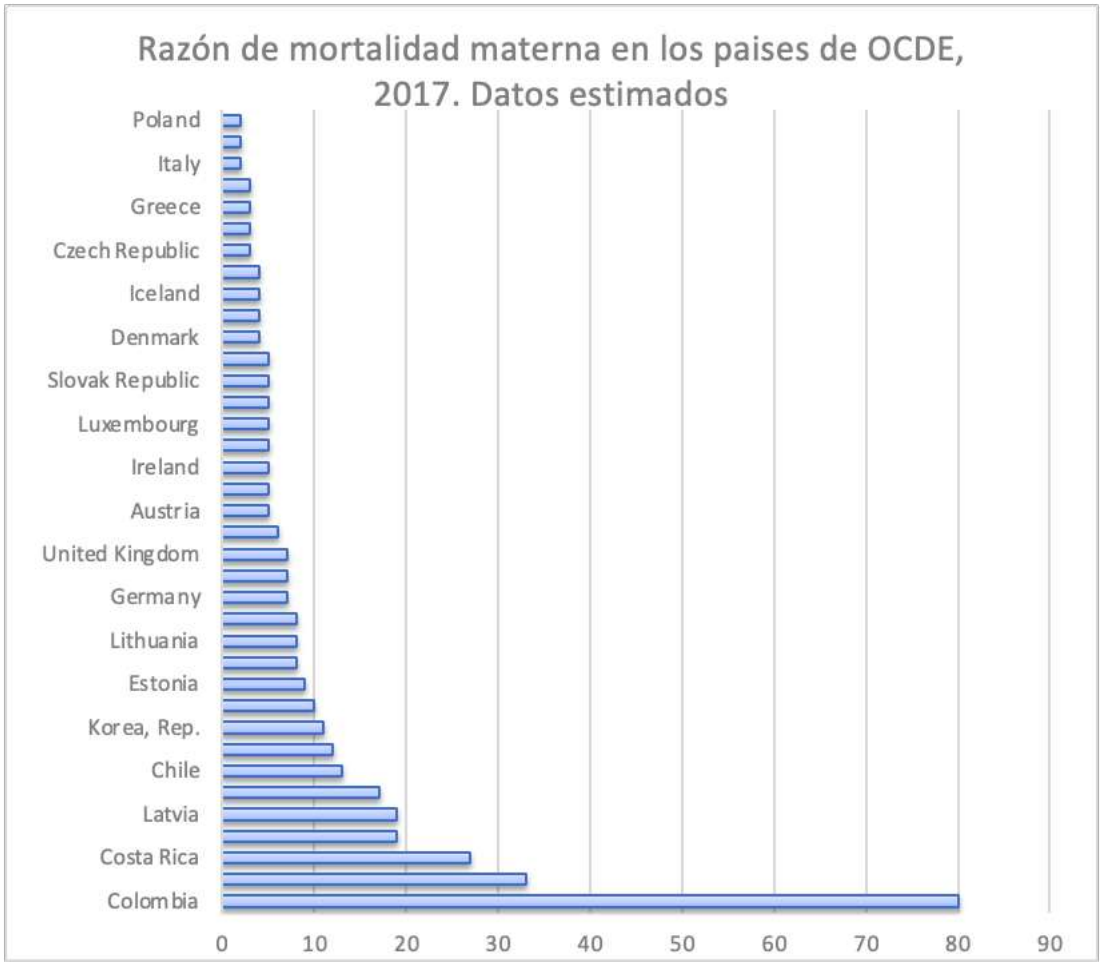
Lo más gravoso, de la situación de mortalidad materna, se encuentra en dos aspectos: (i) el 90% de ellas son muertes evitables y (ii) el acceso inequitativo de servicios de salud sigue afectando más a las mujeres de los departamentos como Guajira, Chocó, Amazonas, Guainía y Vichada, sugiriendo brechas de inequidad potencialmente evitables con intervenciones estructurales a corto, mediano y largo plazo. Así mismo, tanto

[11] Los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021

Vichada como Chocó siguen contando con cifras de afiliación al sistema inferiores frente a otros territorios de Colombia, como se expuso anteriormente.

Así mismo, dentro de los países que hacen parte de la OCDE, Colombia es el país la razón de mortalidad materna más elevada:

Gráfico 5 Razón de mortalidad materna en los países de OCDE, 2017

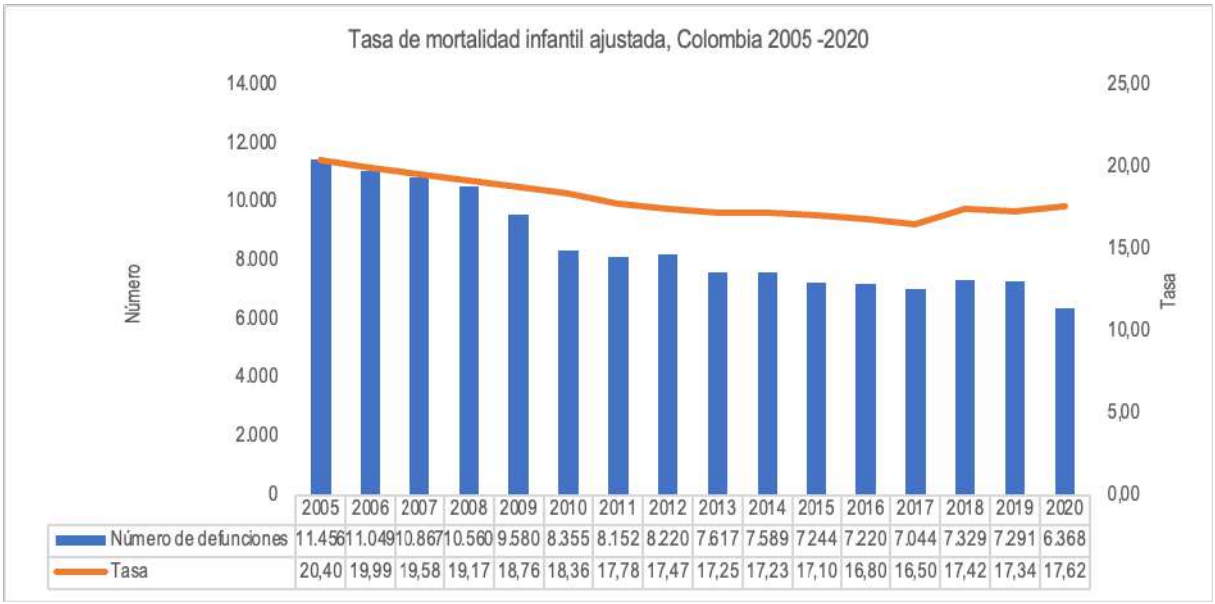


Fuente: Estimaciones grupo Inter agencial OMS, UNICEF UNFPA 2017

Mortalidad infantil. La mortalidad infantil (menores de 1 año) de 1993 a 2021, en especial la perinatal (de las 28 semanas de gestación hasta los primeros 7 días de vida) está asociada a deficiencias en el control prenatal y la calidad del mismo para identificar los riesgos obstétricos en el primer semestre de gestación, que permita minimizar riesgos de pérdidas o dificultades en el proceso de gestación y de nacimiento del bebé, como de la madre. Así mismo, la mortalidad neonatal temprana, que va desde los 8 días hasta los primeros 30 días de vida, son ocasionadas por deficiencias en los procesos de adaptación y de cuidados del bebé. Y del primer mes hasta los 11 meses y 29 días de vida se relacionan más al medio ambiente donde habita el bebé, siendo las primeras causas la enfermedad diarreica aguda, las enfermedades respiratorias agudas y las caídas accidentales.

La mortalidad infantil desde el año 2005 a 2021 (Gráfica 7) ha bajado a casi la mitad desde el año 2005 frente a al año 2021, pese a lo cual 2021, de acuerdo a las cifras preliminares de SISPRO, murieron 6.368 niños menores de 1 año.

Gráfico 6 Número y tasa de mortalidad infantil 2005-2020

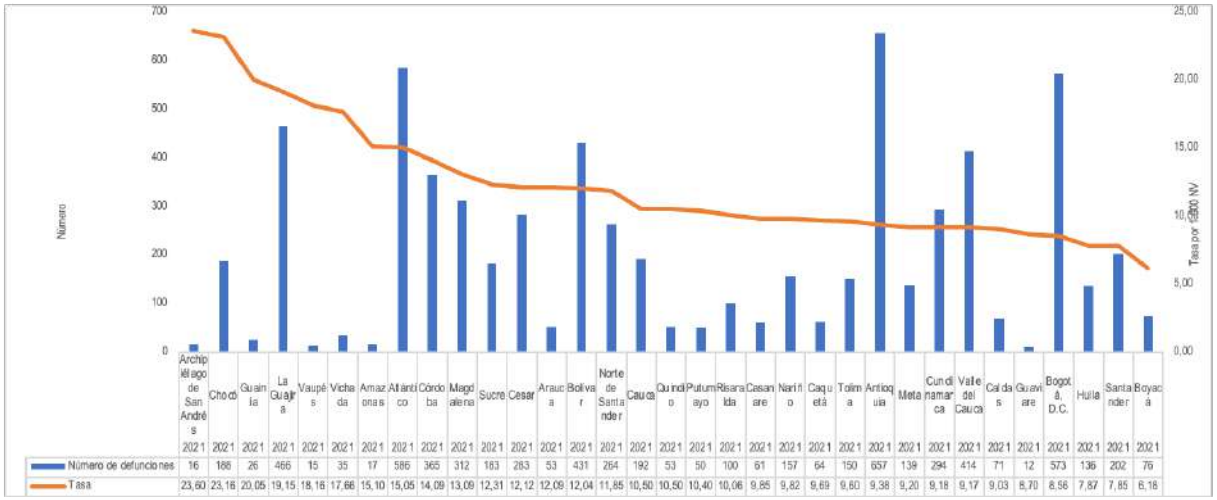


	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de defunciones	11.456	11.049	10.867	10.560	9.580	8.355	8.152	8.220	7.617	7.589	7.244	7.220	7.044	7.329	7.291	6.368
Tasa	20,40	19,99	19,58	19,17	18,76	18,36	17,78	17,47	17,25	17,23	17,10	16,80	16,50	17,42	17,34	17,62

Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.

La tasa de mortalidad infantil ha mejorado y se comporta cerca al valor internacional esperado, lo cual contrasta con la desigualdad e inequidad por departamento (gráfica 8), en donde se evidencia la falta de acceso a los servicios de salud, como en el Chocó, Guainía, San Andrés, La Guajira y Vaupés, con 23,16/1.000, 20.05/1.000, 23,60/1.000, 19,15/1.000 y 18,6/1.000, doblando y hasta triplicando la tasa de Santander (7,85), Bogotá D.C. (8,56), Boyacá (6,18), Huila (7,87), entre otras. Así mismo, no deja de sorprender que en ciudades como Bogotá y en departamentos como el Atlántico, las cifras de muertes sean de más de 500, cuando cuentan con prestadores de salud y EPS o EAPB dentro de sus territorios, pudiendo con ello garantizar la vida de la población con el acceso oportuno y de calidad de los servicios. Así mismo, las cifras sugieren la necesidad de una intervención inmediata en el Chocó y La Guajira con 188 y 466 muertes de niñas y niños menores de 1 año en el 2021, en los cuales los determinantes sociales de salud y el acceso a servicios de salud son inadecuados, con imposibilidad de prestar servicios de alta complejidad, en caso de requerirse.

Gráfico 7 Tasa de mortalidad en menores de un año, por departamento - 2021[12]



	Archipiélago de San Andrés	Chocó	Guainía	La Guajira	Vaupés	Vichada	Amazonas	Atlántico	Córdoba	Magdalena	Sucre	Cesar	Arauca	Bolívar	Norte de Santander	Cauca	Quindío	Putumayo	Risaralda	Casanare	Nariño	Caquetá	Tolima	Antioquia	Meta	Cundinamarca	Valle del Cauca	Caldas	Guaviare	Bogotá. D.C.	Huila	Santander	Boyacá
	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021
Número de defunciones	16	188	26	466	15	35	17	586	365	312	183	283	53	431	264	192	53	50	100	61	157	64	150	657	139	294	414	71	12	573	136	202	76
Tasa	23,60	23,16	20,05	19,15	18,16	17,66	15,10	15,05	14,09	13,09	12,31	12,12	12,09	12,04	11,85	10,50	10,50	10,40	10,06	9,85	9,82	9,69	9,60	9,38	9,20	9,18	9,17	9,03	8,70	8,56	7,87	7,85	6,18

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD 2022.

[12] Los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021

Mortalidad perinatal. La variación en la tasa de mortalidad perinatal arroja una desde el 2005 de 0,49 puntos (pasando de 15,80 a 15,31 X 1.000) y ha pasado de 11.470 a 9.370 casos (gráfica 9). España para el año 2021 arroja una tasa de 7,5/1.000 mientras Colombia la dobla con 15,31.

Gráfico 8 Número y tasa de mortalidad perinatal de 2005-2021 (28 semanas-7 primeros días de nacidos vivos)

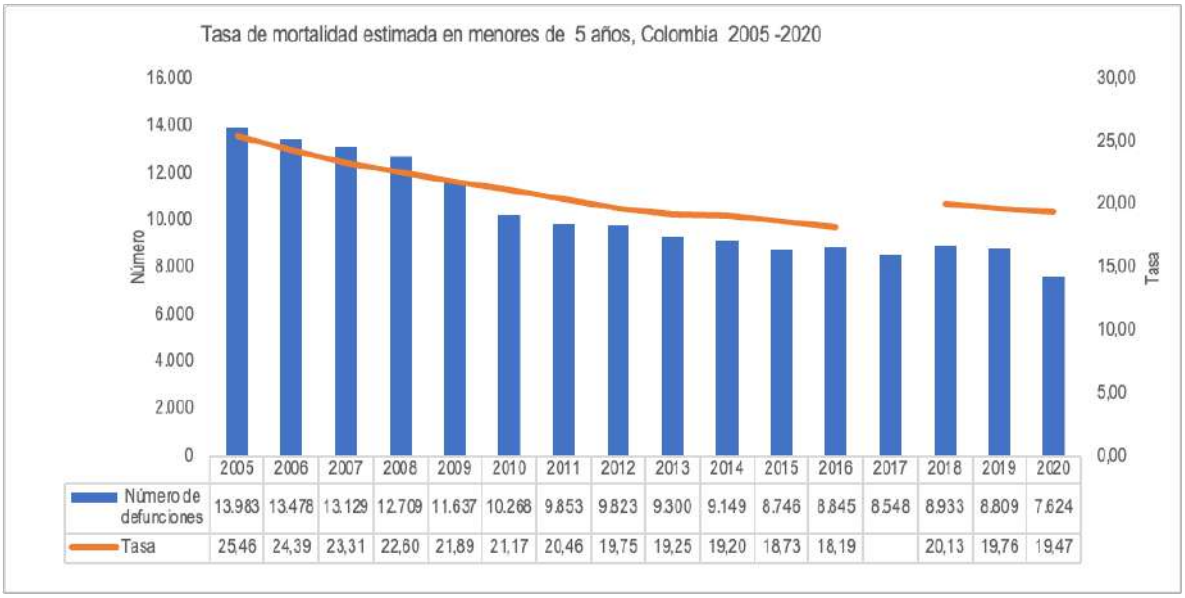
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
Número de defunciones	11.470	11.211	10.956	11.135	10.402	9.352	9.429	9.525	8.957	9.027	9.289	8.969	9.209	9.541	9.489	9.509	9.370
Tasa	15,80	15,56	15,32	15,43	14,74	14,16	14,05	13,95	13,48	13,38	13,93	13,73	13,90	14,56	14,62	14,95	15,31

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

La mortalidad de los niños desde el primer año a los 5 años, están asociadas principalmente a la desnutrición, problemas diarreicos, enfermedades respiratorias, problemas de salud desde la etapa prenatal, accidentes externos, infecciones, cuidados al nacer y anomalías congénitas. Es decir, una buena parte de las causas de muerte en este rango de edad se relacionan con los determinantes sociales de salud y cómo el sistema de salud logra llegar a tiempo para atender a los menores de 5 años.

Sin embargo, es importante resaltar que en los últimos 15 años han bajado las tasas de mortalidad de la niñez en 5,99 puntos, pasando de 25,46/1.000 a 19,47/1.000, (gráfica 9). Los lugares donde la tasa es más alta en el 2020 son aquellos que territorios que cuentan con insuficiente acceso a servicios de salud, Chocó (33,56/1.000), Guainía (30,24/1.000), Vichada (30,89/1.000) y La Guajira (22,47/1.000). Cuando la mortalidad de la niñez se revisa por el número de muertes, 7.624 en el año 2020, la proporción también cambia, por lo cual tienen peor desempeño Antioquia (656), Atlántico (659), Bogotá (766) y La Guajira (482), que, este último, a pesar de no ser un territorio con mayor población, sigue siendo una de las que más sufren las muertes de la niñez. Ahora bien, sobre las metas propuestas por los ODS Colombia tampoco lo alcanza, en el año 2020 debería estar en 18 y se encontraba en 19,47, para el 2030 se debe llegar a 15/1.000.

Gráfico 9 Número y tasa de mortalidad estimada en menores de 5 años de 2005-2020



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de defunciones	13.983	13.478	13.129	12.709	11.637	10.268	9.853	9.823	9.300	9.149	8.746	8.845	8.548	8.933	8.809	7.624
Tasa	25,46	24,39	23,31	22,60	21,89	21,17	20,46	19,75	19,25	19,20	18,73	18,19		20,13	19,76	19,47

Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE

Mortalidad por cáncer menores 18 años. La mortalidad por cáncer en menores de 18 años ha sido una preocupación constante para la sociedad y el Estado, por lo que se diseñaron normas que permitieran el giro directo y una atención inmediata, en especial, a partir de la Ley 2026 de 2022, a través del Decreto 647 de 2022. La tasa y el número de muertes es sostenida en el tiempo, sin encontrar una mejoría. De acuerdo con datos de Globocan para el 2020 se estimaron para Colombia cerca 2.211 niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer, de estos el 35.1% corresponden a leucemias, y de acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social murieron 631 niñas, niños y adolescentes por cáncer, es decir el 28,54%, encontrándose dentro de la media internacional de los países en vía de desarrollo. Para lograr estar dentro de los estándares de los países con mejores condiciones socioeconómicas, se deberá llegar a salvar el 80%[13] de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

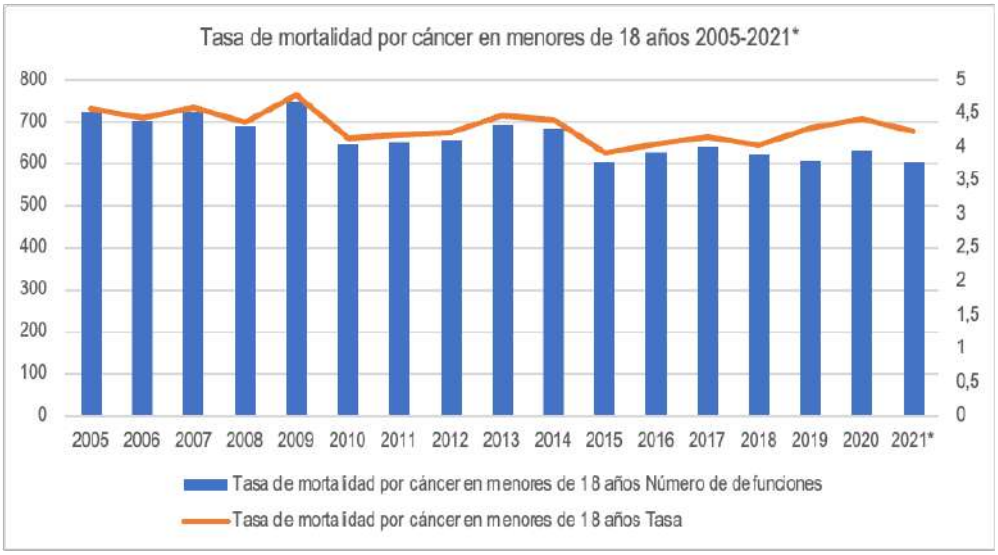
Con respecto al comportamiento de la mortalidad por cáncer infantil, la tasa cruda de mortalidad en menores de 18 años ha tenido un comportamiento estable en el país, pasando en el 2005 de 4,57 menores fallecidos por cada 100.000 habitantes menores a 4,41 menores fallecidos por 100.000 habitantes menores en el 2020 (6). En el caso de la Leucemia Linfoblástica Aguda, la tasa cruda de mortalidad ha tenido un descenso más notorio, pasando en el 2005 de 0,908 fallecidos a 0,637 fallecidos por cada 100.000 habitantes menores en el 2020 (dato preliminar).

De igual manera, según datos de Vigicáncer, se encuentra un incremento de la supervivencia global de Leucemias agudas pediátricas del periodo 2007 - 2011 y 2012- 2016 subiendo del 57.3% al 57.7%, lo cual está relacionado principalmente con avances importantes en la cobertura del aseguramiento, incorporación de nuevas tecnologías y tratamientos, atención en centros especializados de alta calidad y talento humano entrenado, entre otros.

[13] Ver el siguiente enlace: https://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021#:~:text=C%C3%A1ncer%20infantil%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%20y%20en%20el%20mundo&text=Se%20estima%20que%20el%20c%C3%A1ncer,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.

Cáncer infantil. Para el cáncer infantil, durante el periodo 2016- 2020, según reporte de la Cuenta de Alto Costo, se observó una disminución de 7 días entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica, pasando de una media de 34 días en 2016 a 27 días en 2020, y una disminución de 24 días en la oportunidad entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento; de una media de 42 días en 2016 se pasó a 17 días en 2020; lo anterior también se observó en el principal tipo de cáncer en esta población, la Leucemia Linfoide Aguda que con respecto a la oportunidad de diagnóstico pasó de una media de 17 días en 2016 a 9 días en el 2020 y en cuanto a la oportunidad de tratamiento fue más marcado el descenso ya que pasó de una media de 55 días en 2016 a 12 días en el 2020 (8,9).

Gráfico 10 Número y tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años de 2005-2021*



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

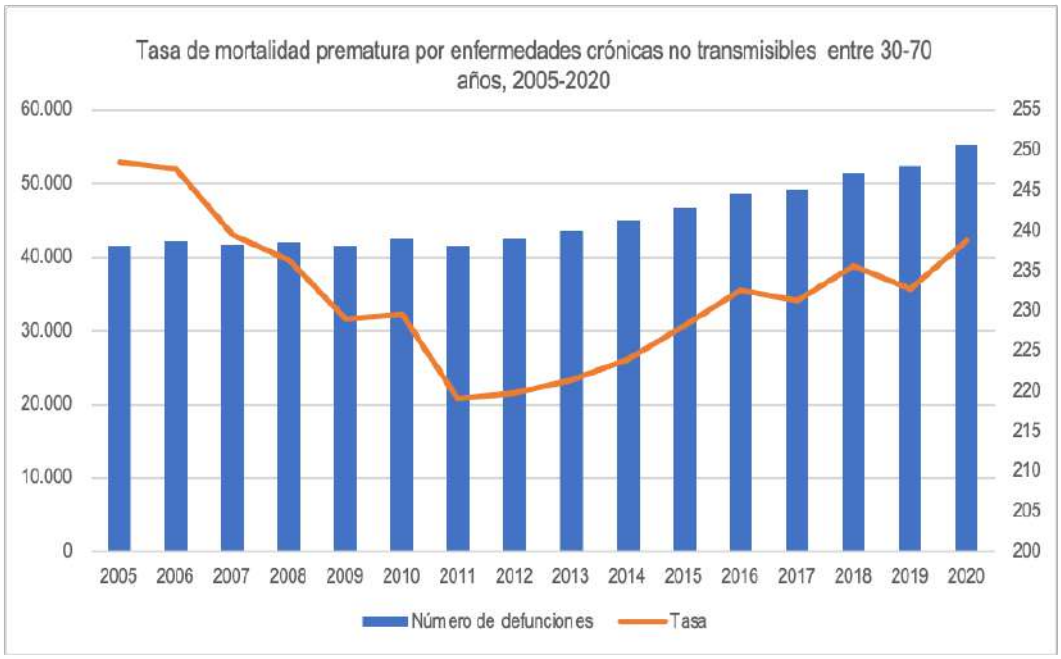
Mortalidad enfermedades crónicas no trasmisibles. La mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles ha ido en aumento como se estimaba años atrás. En el 2005 morían 41.584 y para el 2020 mueren 55.167 personas entre 30-70 años por enfermedades crónicas no transmisibles (gráfica 11), entre las que se encuentra los diversos cánceres (gráfica 12), diabetes (gráfica 13), enfermedades respiratorias (gráfica 14) y problemas cardiovasculares (gráfica 15), enfermedades altamente ligadas a los estilos de vida que se llevan frente a la alimentación, deporte, acceso a saneamiento básico y vivienda digna, agua potable, aire limpio, vida sexual y la exposición a productos altamente riesgosos para la vida de las personas, entre otras. En el año 2020 murieron 24.900 personas por tumores, 4.219 por diabetes, 23.844 por enfermedades del sistema circulatorio y 2.204 por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

Se observa que el cáncer es la principal causa de muerte en enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, así mismo, a nivel mundial se encuentra como una de las causas principales de muerte. Para el año 2018[14] murieron 9,5 millones de por cáncer y fueron diagnosticadas con cáncer 18,1, es decir, alrededor del 50% de los casos terminan en muerte. Para el año 2020 el panorama fue más alentador, 10,1 millones de personas fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer y 5 millones murieron a causa de ello. La OMS estima que si se generan condiciones que protegieran los determinantes sociales antes descritos, se podría reducir entre un 30%-50% los cánceres. Así mismo, preocupa el creciente aumento de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, pues de acuerdo a la OMS en el año 2013 la meta fue reducir a nivel mundial para el 2025

[14] Todas las cifras correspondientes a cáncer a nivel mundial fueron tomadas de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer y los estudios mismos de la OMS. Ver link: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

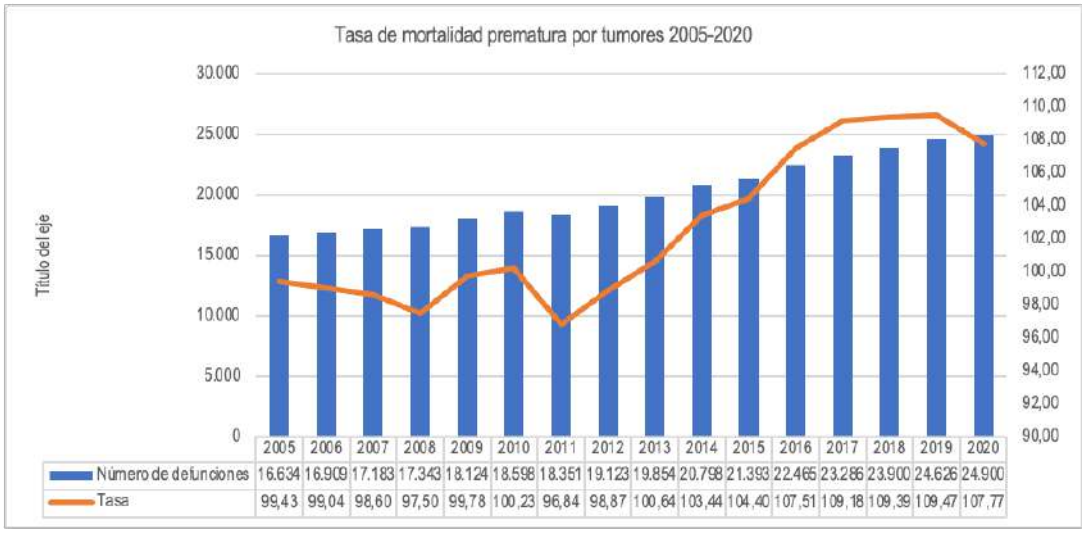
en un 25%, es decir, para Colombia sería pasar de 95,85/100.000 a 71,9/100.000, sin embargo, para el año 2020 se ubica en 103,20/100.000.

Gráfico 11 Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre 30-70 años de 2005-2021*



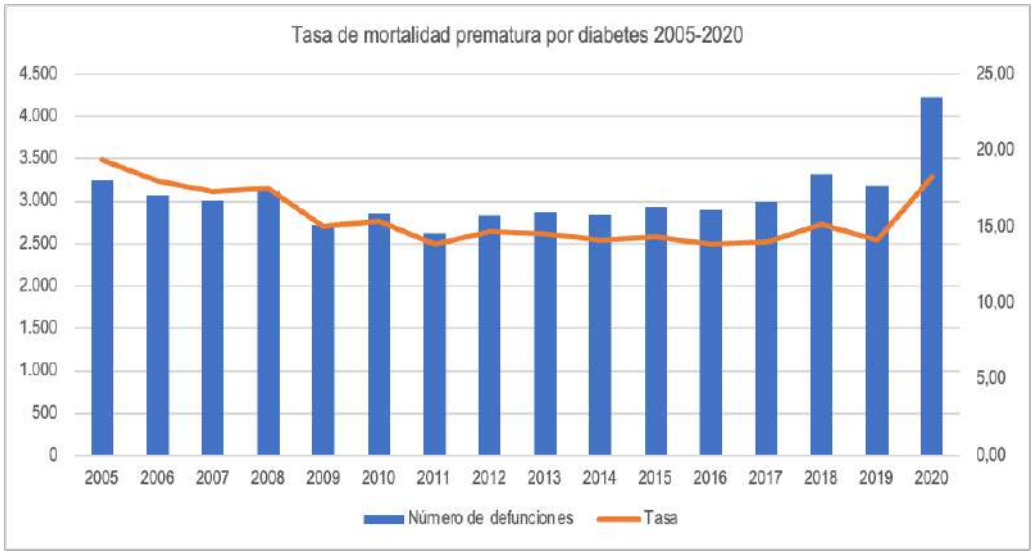
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Gráfica 12. Número y tasa de mortalidad prematura por tumores entre 30-70 años de 2005-2021*



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Gráfico 12 Número y tasa de mortalidad prematura por diabetes entre 30-70 años de 2005-2021*

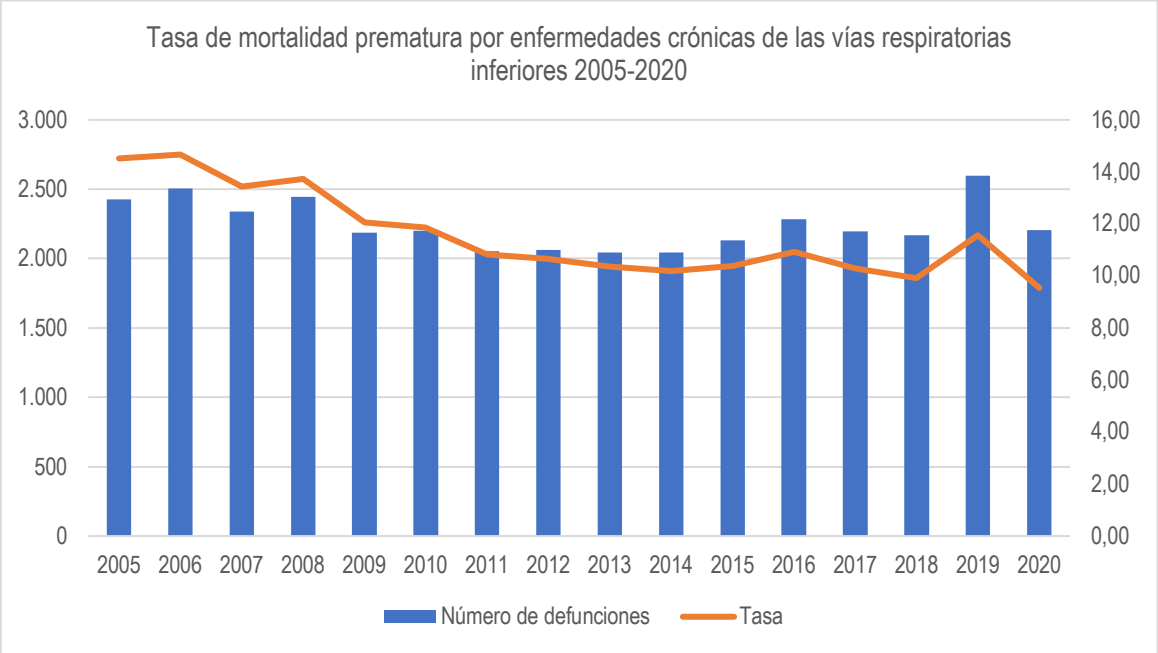


Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Gráfica 14. Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatoria entre 30-70 años de 2005-2021*

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Gráfico 13 Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores entre 30-70 años de 2005-2021*



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Enfermedades mentales. Hay un incremento de las enfermedades mentales por diversas causas. Según el último estudio hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), las condiciones que generan diversos trastornos mentales se encuentran ligados principalmente con las condiciones de violencias de diversa índole, conflicto armado interno, otro tipo de violencias externas, violencia escolar por parte de compañeros, compañeras o profesores, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas), eventos traumáticos en cualquier etapa de la vida, falta de involucramiento parental y disfunción familiar.

Dentro de los últimos 12 años, los casos de situaciones derivadas de trastornos mentales y comportamiento ligado al coeficiente intelectual casi han sido cuadruplicada, pasando de 405.124 (2009) casos a 1.543.543 (2021) casos diagnosticados, es decir, puede ser a causa de subregistros en años anteriores o por el crecimiento mismo de las enfermedades mentales o ambas circunstancias, siendo de todas formas preocupante, pues afecta cerca del 3% de la población colombiana. El año con mayor número de personas atendidas por servicios de salud mental fue 2019 con 1.647.573. Es importante resaltar que Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca son los lugares donde más se reportaron casos.

Gráfico 14 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 2 de noviembre

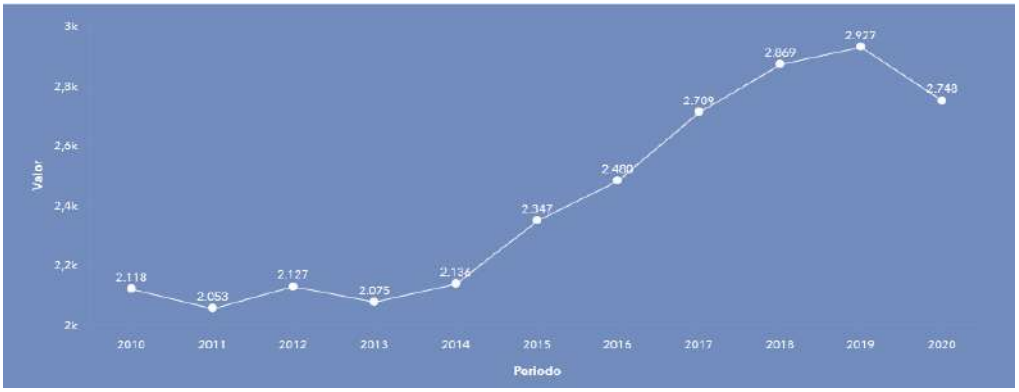
Tabla 3 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021

Año	Número de Personas Atendidas
2009	405.124
2010	429.800
2011	528.343
2012	629.924
2013	729.085
2014	915.734
2015	936.963
2016	721.943
2017	945.954
2018	1.165.248
2019	1.647.573
2020	1.321.382
2021	1.543.543

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 2 de noviembre

Así mismo, las muertes por suicidio han aumentado en el último tiempo, para el año 2010 era 2118 casos y hoy son 2748 personas. Como se ve en la siguiente gráfica:

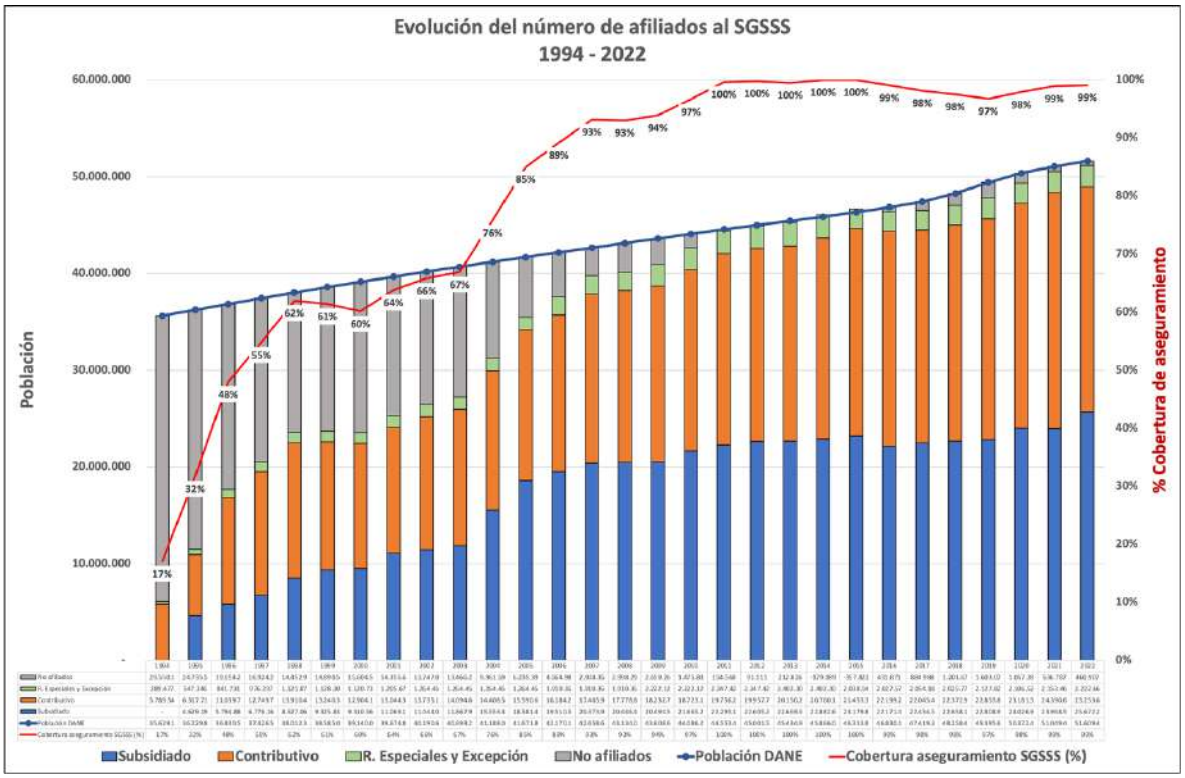
Gráfico 15 Número de personas muertas por lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidio) 2010-2020



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD.

Población afiliada al sistema de seguridad social en salud. La afiliación de usuarios a los regímenes subsidiado y contributivo, es de 99,1%, en donde el 49,7% es contributivo, el 45,1% subsidiado y el 4,3% de regímenes especiales y de excepción. De esta forma el 1% de los colombianos, no están afiliados, frente a un total de población estimada DANE para 2022 de 51.609.474, aproximadamente 460.220 ciudadanos. Los departamentos con menor porcentaje de afiliación son Vaupés 68.54%, Vichada 69.60%, Cundinamarca 74,36% y Chocó 80.02%.

Gráfico 16 evolución número de afiliados al SGSSS 1994-2022



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (1995 - 2022) Artículo: Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia, 1993 - 2016 de Carlos Alberto Jaimes en 2009 Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Síntesis del comportamiento del cumplimiento de metas ODS 2030 por departamentos.

En consonancia con lo descrito en este segmento, se puede advertir que para cada uno de los 30 indicadores comprometidos en las metas de salud dentro de los ODS, consignadas en el documento Conpes 3918 de 2018, existe una importante distancia en el cumplimiento actual para llegar a la meta en 2030, en al menos 16 de los 30 indicadores y se observa además, una diferencia entre los departamentos y regiones del país, que marca las inequidades territoriales, que se convierten en foco de priorización de acciones.

En las siguientes tablas, se aprecia la variación entre territorios, para cada uno de los indicadores organizados en grupos: materno-infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no trasmisibles, salud mental y adicciones, lesiones de causa externa, vacunación, salud mental y coberturas de protección financiera.

Tabla 4 indicadores ODS metas Colombia 2030, cumplimiento por departamento

		MATERNO INFANTIL								ENFERMEDADES INFECCIOSAS					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
REGIONES	Departamento	Razón de mortalidad materna a 42 días	Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	Tasa de mortalidad Neonatal	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (ajustada)	Tasa de mortalidad infantil (TMI) en menores de un año (ajustada)	Tasa de fecundidad especifica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente	Incidencia de Tuberculosis	Incidencia de Malaria	Tasa de mortalidad por Malaria	Letalidad por Dengue	Porcentaje de transmisión materno - infantil de la hepatitis B	Tasa de mortalidad por VIH SIDA
		Razón por cada 100.000 nacidos vivos	Porcentaje	Porcentaje	Tasa por cada 1.000 nacidos vivos	Tasa por cada 1.000 nacidos vivos	Tasa por cada 1.000 nacidos vivos	Tasa por 1.000 mujeres del grupo de edad	Porcentaje	Tasa por cada 100.000 habitantes	Tasa por cada 1.000 habitantes	Tasa por cada 100.000 habitantes	Porcentaje	Porcentaje	Tasa por cada 100.000 habitantes
		Meta para 2030: 32	Meta para 2030: 90%	Meta para 2030: 93%	Meta para 2030: 6	Meta para 2030: 15	Meta para 2030: 14	Meta para 2030: 46	Meta para 2030: 14%	Meta para 2030: 10	Meta para 2030: 2	Meta para 2030: 2	Meta para 2030: 0,10%	Meta para 2030: 5%	Meta para 2030: 2,4
		Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018
		Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2020	Año 2020	Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2020	Año 2020	Año 2020	Año 2020	Año 2020	Año 2021
	COLOMBIA	**129,73**	**98,69%**	**81,60%**	**6,70**	**12,11**	**15,05**	**21,08**	**0,50%**	**21,09**	**1,84**	**0,02**	**0,09%**	**0,03%**	**4,75**
Eje cafetero	Quindío	221,98	99,80%	89,78%	7,03	9,87	13,52	16,18	0,36%	31,33	0,02	0,00	0,00%	0,00%	3,43
Eje cafetero	Risaralda	142,21	94,74%	84,68%	8,14	13,07	13,63	19,11	0,47%	41,52	0,86	0,00	0,16%	0,06%	10,14
Eje cafetero	Antioquia	208,77	93,56%	53,22%	4,53	5,79	14,63	21,76	0,63%	24,23	15,69	0,00	0,00%	0,79%	3,65
Eje cafetero	Caldas	0,00	69,53%	41,20%	4,53	12,23	4,63	20,56	0,10%	28,13	2,06	0,00	0,00%	0,15%	4,27
santanderes	Norte de Santander	54,08	98,43%	83,06%	5,07	10,13	12,62	21,14	0,44%	24,48	0,00	0,00	0,05%	0,03%	4,02
santanderes	Santander	108,05	99,23%	98,04%	5,18	9,42	13,05	19,44	0,45%	34,58	1,27	0,00	0,05%	0,04%	4,52
Centro	Cundinamarca	114,00	99,54%	84,89%	6,60	10,18	16,93	29,94	0,71%	7,89	0,03	0,00	0,00%	0,04%	4,78
Centro	Bogotá, D.C.	0,00	97,34%	68,44%	3,94	7,09	14,04	24,18	1,63%	27,28	0,10	0,00	0,06%	0,00%	3,37
Centro	Boyacá	0,00	96,38%	24,76%	4,57	17,48	31,91	54,11	3,80%	13,82	47,79	0,00	0,00%	0,19%	0,00
centro	Huila	112,43	99,56%	80,32%	7,84	14,35	18,36	32,61	1,03%	19,45	0,02	0,00	0,15%	0,03%	5,37
Centro	Tolima	333,61	97,89%	73,56%	5,61	8,64	11,63	21,91	0,42%	23,84	0,17	0,00	0,00%	0,05%	4,10
caribe	La Guajira	191,31	99,73%	84,33%	5,10	9,44	11,64	13,49	0,29%	7,18	0,00	0,00	0,09%	0,01%	2,82
Caribe	Magdalena	91,12	99,73%	84,05%	6,85	11,68	13,10	9,96	0,18%	14,74	0,00	0,00	0,07%	0,02%	3,43
Caribe	Córdoba	114,42	99,58%	84,54%	6,51	11,01	15,84	30,02	0,75%	13,25	0,60	0,00	0,44%	0,02%	5,20
Caribe	Bolívar	0,00	86,38%	55,65%	5,22	14,20	17,80	22,70	0,54%	37,97	12,46	1,27	0,00%	0,18%	8,70
Caribe	Sucre	88,64	99,40%	91,09%	6,43	10,15	13,14	14,74	0,33%	19,03	0,01	0,00	0,00%	0,00%	4,28
Caribe	Atlántico	112,17	97,23%	71,39%	3,81	7,19	14,02	25,06	0,49%	13,31	0,22	0,00	0,00%	0,05%	3,92
Caribe	Cesar	177,73	99,35%	85,81%	10,62	14,31	19,45	28,74	0,74%	10,88	3,00	0,05	0,11%	0,02%	4,93
pacífico	Chocó	112,60	99,84%	83,49%	12,14	21,00	25,27	22,99	0,54%	30,75	0,00	0,00	0,15%	0,01%	7,69
pacífico	Nariño	93,27	98,92%	89,25%	3,13	26,72	3,61	27,89	0,34%	23,24	0,01	0,00	0,12%	0,02%	2,86
pacífico	Valle del Cauca	176,06	80,70%	29,67%	6,08	15,48	24,65	23,14	0,73%	14,16	25,72	0,00	0,00%	0,11%	1,25
pacífico	Cauca	274,27	99,67%	86,62%	5,10	10,25	16,44	33,82	0,89%	14,53	0,02	0,00	0,42%	0,04%	4,49
Llanos	Casanare	132,83	98,77%	73,53%	4,56	7,97	19,89	28,51	0,60%	53,63	0,10	0,00	0,30%	0,00%	4,52
Llanos	Vichada	0,00	0,00%	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00
Llanos	Meta	84,43	98,96%	82,84%	5,09	6,35	9,58	18,27	0,27%	5,63	0,00	0,00	0,00%	0,01%	1,76
Llanos	Arauca	164,48	98,55%	75,34%	6,21	12,35	12,35	23,43	0,60%	38,65	0,61	0,00	0,00%	0,03%	5,59
Amazonas	Guaviare	159,45	98,83%	76,19%	5,60	16,81	14,75	23,13	0,53%	24,13	1,60	0,00	0,09%	0,07%	3,30
Amazonas	Putumayo	318,34	96,88%	67,26%	5,72	18,31	35,02	21,85	0,61%	22,76	30,78	0,00	0,00%	0,09%	3,10
Amazonas	Caquetá	280,30	97,87%	58,93%	8,69	15,66	25,23	36,74	1,13%	19,78	0,02	0,00	0,61%	0,01%	5,52
Amazonas	Amazonas	150,10	99,37%	84,10%	7,56	12,59	13,81	14,45	0,32%	31,83	0,24	0,03	0,00%	0,03%	6,93
Amazonas	Guainía	15,07	88,86%	80,18%	4,72	9,97	15,07	21,53	0,46%	8,91	8,61	0,00	0,11%	0,02%	2,06
Amazonas	Vaupés	140,46	99,65%	88,70%	5,84	16,05	13,24	16,78	0,41%	24,77	0,01	0,00	0,09%	0,05%	4,73
SF	Archipiélago de SAPSC	155,36	98,21%	85,09%	8,79	14,29	15,29	19,17	0,33%	3,96	29,34	0,45	0,00%	0,17%	2,86

NO alcanza aún la meta ODS 2030
Si alcanza aún la meta ODS 2030

		ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES					SALUD MENTAL Y ADICCIONES			
		15	16	17	18	19	20	21	22	23
REGIONES	Departamento	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares	Tasa de mortalidad prematura por cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, pulmón, próstata, estómago, linfoma No Hodgkin y Leucemia	Tasa de mortalidad prematura por diabetis mellitus	Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años	Porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental	Porcentaje de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita	Porcentaje de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol	Prevalencia actual de consumo de tabaco
		Tasa por cada 100.000 personas entre los 30 a 70 años	Tasa por cada 100.000 personas entre los 30 a 70 años	Tasa por cada 100.000 personas entre los 30 a 70 años	Tasa por cada 100.000 personas entre los 30 a 70 años	Tasa por cada 100.000 menores de 18 años	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		Meta para 2030: 75	Meta para 2030: 55,2	Meta para 2030: 11,5	Meta para 2030: 8,1	Meta para 2030: 3,9	Meta para 2030: 14%	Meta para 2030: 1%	Meta para 2030: 5%	Meta para 2030: 8%
		Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018
		Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2021	Año 2019	Año 2019	Año 2020
	COLOMBIA	**94,90**	**55,45**	**17,38**	**8,77**	**4,78**	**5,74%**	**1,48%**	**6,14%**	**4,77%**
Eje cafetero	Quindío	94,62	70,27	17,74	16,00	3,20	5,98%	4,23%	5,06%	7,63%
Eje cafetero	Risaralda	109,86	78,32	14,63	14,84	3,47	7,01%	3,23%	5,49%	5,61%
Eje cafetero	Antioquia	137,37	32,15	23,38	8,77	6,08	4,17%	1,33%	8,62%	4,78%
Eje cafetero	Caldas	25,09	8,86	0,00	0,00	0,00	3,15%	0,13%	21,92%	12,70%
santanderes	Norte de Santander	123,93	62,67	24,97	8,01	6,73	4,77%	0,67%	3,13%	4,38%
santanderes	Santander	93,09	60,46	11,94	12,90	4,32	6,26%	2,20%	7,37%	6,87%
Centro	Cundinamarca	116,00	45,29	16,95	5,57	4,26	4,47%	0,45%	3,41%	3,03%
Centro	Bogotá, D.C.	102,92	59,59	27,69	4,21	6,82	3,66%	1,06%	2,09%	2,10%
Centro	Boyacá	138,04	26,29	32,87	0,00	0,00	2,45%	1,18%	8,01%	5,07%
centro	Huila	89,03	45,63	20,49	8,01	3,91	3,73%	0,70%	8,28%	2,20%
Centro	Tolima	69,57	40,80	18,31	6,28	2,82	3,48%	1,56%	9,22%	3,27%
caribe	La Guajira	87,19	47,18	12,42	7,36	4,04	4,49%	1,71%	4,06%	5,20%
Caribe	Magdalena	70,70	55,10	11,28	5,84	6,21	5,65%	1,68%	6,60%	7,30%
Caribe	Córdoba	91,09	56,05	21,32	9,18	5,65	4,38%	0,14%	4,74%	2,40%
Caribe	Bolívar	83,29	18,11	18,11	21,73	2,95	4,09%	2,35%	6,19%	5,40%
Caribe	Sucre	105,94	61,41	12,28	15,35	4,56	8,08%	2,85%	6,38%	8,99%
Caribe	Atlántico	71,28	41,80	14,66	7,99	4,99	4,19%	1,79%	7,88%	1,93%
Caribe	Cesar	87,08	36,27	19,76	4,88	2,22	3,66%	0,48%	7,22%	1,24%
pacífico	Chocó	108,39	57,75	21,96	6,79	7,68	3,81%	0,92%	5,14%	2,35%
pacífico	Nariño	96,09	64,33	23,56	6,76	6,31	4,01%	1,26%	6,28%	3,47%
pacífico	Valle del Cauca	93,80	21,44	29,48	8,04	4,02	1,78%	0,75%	7,02%	1,75%
pacífico	Cauca	108,81	45,92	26,43	8,98	4,09	2,84%	0,38%	5,73%	3,41%
Llanos	Casanare	121,18	38,75	22,26	9,07	4,83	4,03%	0,99%	6,82%	2,56%
Llanos	Vichada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Llanos	Meta	93,25	50,11	15,12	9,17	3,18	4,64%	0,46%	7,82%	4,01%
Llanos	Arauca	122,92	54,91	34,55	7,20	5,28	4,70%	1,13%	5,68%	4,41%
Amazonas	Guaviare	118,39	63,52	21,13	9,60	5,47	5,19%	2,01%	4,36%	5,77%
Amazonas	Putumayo	89,90	23,22	21,24	4,45	1,88	2,24%	0,89%	21,65%	1,80%
Amazonas	Caquetá	75,58	37,63	21,50	6,51	3,36	2,99%	0,84%	14,08%	1,93%
Amazonas	Amazonas	126,61	68,82	22,27	11,44	4,08	6,14%	1,28%	5,19%	4,38%
Amazonas	Guainía	85,86	46,17	17,05	10,26	4,10	3,93%	1,22%	5,09%	2,66%
Amazonas	Vaupés	86,35	56,33	18,68	5,62	5,09	6,86%	0,80%	5,29%	3,59%
SF	Archipiélago de SAPSC	68,75	46,15	13,72	7,53	3,54	6,24%	1,14%	7,66%	4,49%

NO alcanza aún la meta ODS 2030
SI alcanza aún la meta ODS 2030

		LESIONES EXT.		VACUNACION		AMBIENTAL: AIRE		Cobertura
		24	25	26	27	28	29	30
REGIONES	Departamento	Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente	Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente	Porcentaje de niños y niñas de 1 año con vacuna triple viral	Porcentaje de estaciones que cumplen con el objetivo intermedio III de las guías de calidad del aire de la OMS en material particulado inferior a 2.5 micras (PM2.5)	Porcentaje de estaciones que cumplen con el objetivo intermedio III de las guías de calidad del aire de la OMS en material particulado inferior a 10 micras (PM10)	Porcentaje de población afiliada al sistema de seguridad social en salud
		Tasa por cada 100.000 habitantes	Tasa por cada 100.000 habitantes	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		Meta para 2030: 8,35	Meta para 2030: 4,1	Meta para 2030: 95%	Meta para 2030: 95%	Meta para 2030: 70%	Meta para 2030: 70%	Meta para 2030: 99%
		Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018	Fuente: CONPES 3918 de 2018
		Año 2021	Año 2021	Año 2020	Año 2020	Año 2021	Año 2021	Año 2020
	COLOMBIA	14,49	5,80	76,62%	80,80%	26,72%	63,82%	97,90%
Eje cafetero	Quindío	19,57	8,72	76,66%	77,80%	25,00%	75,00%	97,80%
Eje cafetero	Risaralda	14,56	9,70	74,59%	77,01%	33,33%	100,00%	103,20%
Eje cafetero	Antioquia	16,95	7,91	64,18%	73,62%	0,00%	0,00%	93,80%
Eje cafetero	Caldas	0,00	29,91	37,15%	53,04%	0,00%	0,00%	71,87%
santandereas	Norte de Santander	18,23	7,88	86,33%	89,98%	0,00%	50,00%	95,54%
santandereas	Santander	14,15	6,89	68,97%	74,38%	29,00%	63,20%	98,38%
Centro	Cundinamarca	12,68	6,13	82,77%	87,43%	0,00%	0,00%	100,74%
Centro	Bogotá, D.C.	16,63	3,62	70,94%	81,69%	0,00%	0,00%	98,61%
Centro	Boyacá	5,83	3,89	50,29%	72,91%	0,00%	0,00%	94,45%
centro	Huila	19,89	4,61	83,79%	88,97%	30,19%	62,26%	93,68%
Centro	Tolima	15,29	9,11	80,65%	80,27%	16,67%	16,67%	94,22%
caribe	La Guajira	11,24	3,74	68,72%	69,30%	41,67%	77,78%	75,17%
Caribe	Magdalena	8,05	4,98	79,06%	84,41%	48,15%	59,26%	102,47%
Caribe	Córdoba	11,66	3,25	79,79%	86,72%	50,00%	50,00%	100,15%
Caribe	Bolívar	6,21	14,91	61,38%	73,25%	0,00%	0,00%	93,93%
Caribe	Sucre	12,07	9,25	62,42%	65,44%	30,00%	60,00%	88,45%
Caribe	Atlántico	19,23	5,49	66,65%	72,25%	0,00%	0,00%	87,90%
Caribe	Cesar	16,16	3,90	75,31%	77,25%	0,00%	40,00%	91,94%
pacífico	Chocó	8,44	3,75	89,90%	91,87%	25,00%	75,00%	96,83%
pacífico	Nariño	21,56	8,92	79,30%	81,93%	50,00%	83,33%	101,83%
pacífico	Valle del Cauca	5,24	3,49	35,41%	58,65%	0,00%	0,00%	63,96%
pacífico	Cauca	14,91	2,42	88,16%	93,99%	0,00%	62,50%	95,39%
Llanos	Casanare	26,89	9,26	85,70%	89,27%	25,00%	25,00%	94,07%
Llanos	Vichada	0,00	0,00	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Llanos	Meta	16,94	7,43	75,03%	75,83%	33,33%	33,33%	93,11%
Llanos	Arauca	21,35	5,59	77,55%	81,17%	0,00%	100,00%	94,46%
Amazonas	Guaviare	12,05	6,15	79,21%	80,95%	33,33%	116,67%	95,43%
Amazonas	Putumayo	5,46	3,28	58,95%	80,87%	100,00%	100,00%	79,62%
Amazonas	Caquetá	9,52	2,63	89,86%	94,57%	17,65%	66,67%	97,88%
Amazonas	Amazonas	18,08	4,85	77,63%	79,86%	38,46%	65,38%	98,46%
Amazonas	Guainía	15,62	6,98	75,36%	78,74%	88,89%	144,44%	86,54%
Amazonas	Vaupés	16,52	6,29	74,99%	77,80%	14,29%	37,14%	95,93%
SF	Archipiélago de SAPSC	14,38	7,56	64,83%	69,07%	50,00%	50,00%	88,99%

NO alcanza aún la meta ODS 2030
SI alcanza aún la meta ODS 2030

Fuentes: (1) Fuentes: DANE: Cubo Estadísticas Vitales - Nacimientos – SISPRO, Cubo Estadísticas Vitales - Defunciones – SISPRO, Proyecciones de Población 2018 – 2026, Encuesta Nacional de Calidad de Vida; Ministerio de Salud: Cubo Prestaciones de Servicios de Salud 2019 - 2022 - SISPRO; Cubo Vacunaciones – SISPRO; Cubo Indicadores de Salud – SISPRO; Profamilia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS (2) CONPES 3918 de 2018. https://ods.dnp.gov.co/es/data-explorer?state=%7B"goal"%3A"3"%2C"indicator"%3A"3.1.1.G"%2C"dimension"%3A"DES_GEO_DEPTOS"%2C"view"%3A"line"%7D

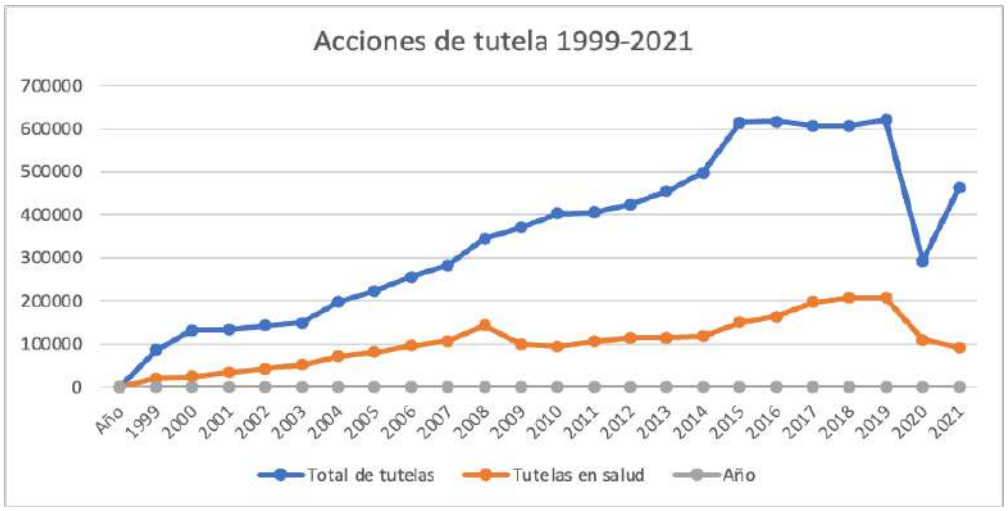
2. Reclamación de los ciudadanos por restricciones al acceso a los servicios y el derecho a la salud

Acciones de tutela. Dentro del análisis del sistema de salud y sus resultados, la acción de tutela es pertinente para comprender el alcance del derecho. La acción de tutela, conforme el artículo 86 de la Constitución Política, establece la capacidad del ciudadano de reclamar el cumplimiento y protección de los derechos fundamentales, como aquellos que se consideraban conexos a un derecho fundamental, así fuera uno de otra índole. El derecho a la salud comenzó siendo interpretado como un derecho prestacional, dentro de la categoría de derechos sociales, políticos, culturales y económicos, el cual era reclamado a través de otros derechos fundamentales dentro de la figura de conexo o por ser una persona de especial protección, pero para en el año 2008 con la Sentencia T-760 de 2008 fue reconocido como derecho fundamental atípico. Desde los inicios de la figura de la tutela, el reclamo de la ciudadanía para el acceso a los servicios de salud ha sido una de las principales causas para las acciones de tutela en Colombia, como la creación de una amplia doctrina jurisprudencial alrededor de diversos temas relacionados con la salud y vida digna de la población en Colombia.

Entre el año de 1999 al año 2021, se ha reclamado el derecho fundamental a la salud a través de este mecanismo constitucional. La caracterización de las tutelas es como sigue:

1. Desde 1992 se han presentado acciones de tutela en salud, siendo los primeros pacientes protegidos aquellos con VIH/Sida;
2. Desde hace más de 10 años la salud se encuentra entre el 2º y 3er derecho que más reclama la ciudadanía, el año 2021 fue el año con menos tutelas presentadas en salud desde el año 2000;
3. Las acciones de tutela hasta el año 2016 eran principalmente por acceso a servicios POS de casi un 70%, después de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 la principal causa según el estudio hecho por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud es: la postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por EPS (22.31%), la postergación y/o aplazamiento de citas médicas con especialistas (15,37%), la demora en la entrega de medicamentos y/o suministro de tecnologías en salud (MIPRES, UPC) con un 26,99% y la solicitud de servicios complementarios no financiados por UPC, y tampoco excluidos (12,25%), es decir, el 64,67% siguen siendo tutelas presentadas para recibir procedimientos, citas y tratamientos ya pagados por el Estado La única salvedad es la disposición de solo dar cierto tipo de medicamentos, procedimientos u objetos con la presentación de la tutela, que quedó dentro del sistema de MIPRES;
4. Pese a la disminución de tutelas presentadas, las de salud siguen ocupando un porcentaje bastante alto, el 20,02%.
5. De 1999 a 2021 se presentaron 2.453.982 acciones de tutelas en el país frente a 8.329.186, es decir, el 33,9% de las tutelas presentadas en ese periodo fueron sobre salud y como se ha expuesto anteriormente, las tutelas hacen referencia en su mayoría a servicios que el Estado había garantizado previamente a través de las EPS.
6. Las acciones de tutela son principalmente una medida de cuidado y protección para quienes viven en ciudades grandes e intermedias, porque sigue siendo un derecho poco explorado para el cuidado de la salud de las poblaciones más lejanas. Un elemento de desigualdad, donde tampoco se podría afirmar qué habría pasado con el derecho fundamental a la salud de tantas poblaciones si contaran con el derecho de la tutela de manera más asequible. Probablemente serían más casos como el de la Guajira, Estado de Cosas Inconstitucionales.

Gráfico 17 Número de acciones de tutela en salud vs general de 1999-2021



Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional

Tabla 5 Número de acciones de tutela en salud vs general de 1999-2021

Año	Total	Salud	Porcentaje
1999	86313	21301	24,68
2000	131764	24843	18,85
2001	133272	34319	25,75
2002	143887	42734	29,7
2003	149439	51944	34,76
2004	198125	72033	36,36
2005	224270	81017	36,12
2006	256166	96226	37,56
2007	283637	107238	37,81
2008	344468	142957	41,5
2009	370640	100490	27,11
2010	403380	94502	23,43
2011	405359	105947	26,14
2012	424400	114313	26,94
2013	454500	115147	25,33
2014	498240	118281	23,74
2015	614520	151213	24,61
2016	617071	164274	26,57
2017	607500	197655	32,54
2018	607308	207734	34,21
2019	620302	207368	33,43
2020	292559	109940	37,58
2021	462066	92506	20,02

Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional

Peticiones, quejas y reclamos de los ciudadanos. Las PQRD se han ido incrementando mientras las acciones de tutela en salud han ido bajando. Las reclamaciones de tutela son similares a las hechas directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual recibió para el año 2009 7.434[15] y en el año 2021 recibió 996.733 PQRD, es decir, aumentaron en 1340%, se presentaron 134 veces más de PQRD. Las principales causas son de acceso oportuno a: citas médicas especializadas, entrega de medicamentos PBS, medicamentos No PBS,

[15] Información tomada de la respuesta al derecho de petición presentado por la exrepresentante Angela María Robledo en el año 2014 a la Superintendencia de Salud.

servicios médicos como imagenología y laboratorio (cuadro 5). De 2014-2021 han pasado de 230.225 a 996.733, 4,3 veces de diferencia.

Gráfico 18 Número de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021

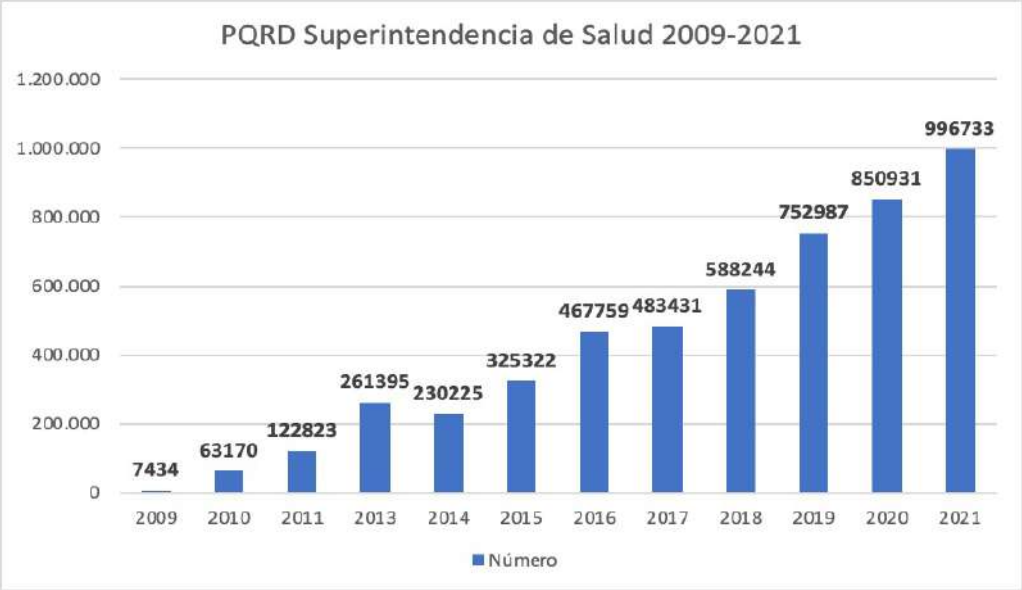


Tabla 6 Datos de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021

Año	Número
2009	7.434
2010	63.170
2011	122.823
2013	261.395
2014	230.225
2015	325.322
2016	467.759
2017	483.431
2018	588.244
2019	752.987
2020	850.931
2021	996.733

Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014 -2022 enero-agosto (descargada el 06 de octubre de 2022) y respuesta de derecho de petición de 2014 a la Superintendencia de Salud.

Tabla 7 Comportamiento PQRD desagregada por motivación de la Superintendencia de Salud 2014-2021

#	MOTIVOS ESPECÍFICOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (ENE - AGO)	TOTAL	%
1	falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	118.660	197.706	206.902	1.068.823	19,36%
2	falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS	4.709	12.330	17.937	15.988	24.871	35.204	53.790	50.029	77.803	292.661	5,30%
3	falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no PBS	4.963	11.564	25.492	25.322	34.705	48.634	67.944	48.715	23.424	290.763	5,27%
4	falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel	10.958	16.650	26.659	21.364	31.043	28.531	13.959	25.126	30.551	204.841	3,71%
5	demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos	4.576	7.349	13.873	16.132	19.316	23.104	34.920	40.550	10.637	170.457	3,09%
6	falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general	4.968	8.637	12.149	10.453	7.974	10.053	36.530	55.115	22.012	167.891	3,04%
7	falta de oportunidad en la programación de cirugía	6.039	9.081	15.075	14.103	18.935	22.913	13.506	24.801	38.472	162.925	2,95%
8	restricción en la libre escogencia de EPS	4.923	10.588	21.666	32.017	35.157	26.927	12.502	12.319	5.382	161.481	2,92%
9	demora de la referencia o contrarreferencia	9.755	13.897	17.142	15.970	22.738	25.818	15.647	21.938	10.942	153.847	2,79%
10	no aplicación de normas, guías o protocolos de atención	7.414	9.015	13.817	12.072	9.487	10.430	24.115	24.052	26.886	137.288	2,49%
	TOTAL TOP 10	**106.965**	**161.538**	**239.067**	**240.450**	**323.371**	**394.651**	**391.573**	**500.351**	**453.011**	**2.810.977**	**50,9%**
	TOTAL GENERAL	**230.225**	**325.322**	**467.759**	**483.431**	**588.244**	**752.987**	**850.931**	**996.733**	**826.108**	**5.521.740**	**100,0%**

Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014-2022 (descargada el 06 de octubre de 2022)

3. Situación del aseguramiento

La Superintendencia Nacional de Salud determinó que en el periodo 2010 a 2022, las EPS se han caracterizado así:

1. Ninguna de las EPS vigentes ha cumplido todos los años con las reglas de margen de solvencia y patrimonio mínimo, entre otras, identificadas por el Decreto 1485 de 1994, modificado posteriormente por el Decreto 515 de 2004 y por el Decreto 780 de 2016;
2. Colpatria EPS hasta su retiro voluntario fue la única EPS que en el periodo descrito cumplió con las exigencias legales. Dentro del rango de tiempo 9 EPS se retiraron voluntariamente del sistema.
3. Para el año 2010 habían 73 EPS, al año 2022 funcionan 30 EPS16, 14 de ellas están a punto de iniciar un proceso de liquidación, 34 ya fueron liquidadas, 7 EPS se encuentran en vigilancia especial, 2 en programa de recuperación, 1 en intervención forzosa para proceso de liquidación y solo 6 EPS cumplen los estándares financieros exigidos por la normatividad vigente, los cuales se han bajado en el transcurso de los años, con el objetivo de que estas puedan ser cumplidas por las EPS;
4. Las EPS deben 16,6 billones de pesos a las clínicas y hospitales para el año 2022, cuando para el año 2009 la deuda era de 4,1 billones, solicitando para la época declaratoria de emergencia por parte de las EPS, apoyado por el gobierno de entonces, quienes alegaban los problemas financieros y la imposibilidad de cumplir con las prestaciones de servicios, cifra que en valores de 2021 corresponderían a 6.5 billones de pesos, casi tres veces menor a las cifras actuales.

De acuerdo con algunos estudios especializados[17] y las cifras reportadas para las fechas de 2008-2018, las dificultades financieras del sistema actual han emergido de:

1. Mayores costos en todas las EPS. Los mayores costos en las EPS se asocian a la inclusión de nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de las frecuencias de uso. Del año 2010 al año 2017 ingresaron 510 nuevas tecnologías, según el informe de Gestión de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. En la actualidad se encuentran cubiertas alrededor del 99% de nuevas tecnologías en salud por el sistema, ya sea por el Plan de Beneficios, presupuestos máximos (más pago de rezagos por MIPRES). Con el envejecimiento de la población ha aumentado el gasto en procedimientos (37%) y de consultas (35%). Y con ello, las frecuencias de uso.
3. Menores ingresos en el régimen subsidiado. El régimen subsidiado recibe el 8% de administración de los recursos frente al 10% que reciben quienes manejan régimen contributivo. Por otro lado, no cuenta con planes complementarios, ni cuotas moderadoras y copagos, y el valor diferencial de la UPC, siendo el mismo plan de beneficios en salud.

[16] Para mayor información consultar anexo 1

[17] Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep

Tabla 8 Estado de resultados EPS[18] participación de los rubros más representativos en los ingresos operacionales 2019

Cuenta	RC	RS	CyS	RI	Total
Ingresos operacionales (IO)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ingresos por UPC	71,4%	94,6%	83,2%	94,3%	81,8%
Copagos	1,0%	0,1%	0,5%	0,0%	0,6%
Cuotas moderadoras	1,7%	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%
Planes Adicionales	3,4%	0,0%	0,1%	0,0%	1,5%
Recobros NO PBS	12,0%	2,9%	12,3%	6,3%	9,3%
Promoción y prevención	1,6%	0,1%	1,0%	0,0%	1,0%
Liberación de reservas	3,3%	1,0%	1,0%	0,0%	2,0%
Otros (Incapacidades, Ajuste x Cuenta de alto costo)	5,6%	1,2%	1,1%	-0,6%	3,0%
Costos (Costo médico)	94,9%	98,9%	103,2%	96,3%	98,3%
Gastos	6,4%	6,7%	7,0%	9,3%	6,7%
Resultado operacional	*-1,3%*	*-5,7%*	*-10,2%*	*-5,6%*	*-4,9%*
Ingreso no operacional	1,8%	3,8%	3,1%	4,2%	2,8%
Gasto no operacional	0,6%	0,5%	0,3%	2,0%	0,5%
Resultado antes de impuestos	*0,0%*	*-2,3%*	*-7,4%*	*-3,3%*	*-2,7%*
Impuestos	0,3%	0,6%	0,2%	0,0%	0,4%
Resultado después de impuestos	*-0,4%*	*-2,9%*	*-7,7%*	*-3,3%*	*-3,0%*

Fuente: Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21.

4. Mayores gastos de recursos administrativos. Mayores gastos administrativos por atender población dispersa, a la cual además se le debe cubrir el transporte, la obligatoriedad de contratar al menos el 60% con ESE o con instituciones que no cuentan con todos los niveles de complejidad que no permiten economías de escala, además de ser muy variable y que simplemente hace menos eficiente los costos en salud.
5. El mercado no es competitivo. A pesar de 18 decretos que han aplazado las condiciones financieras y de margen de solvencia de las EPS, el mercado no es competitivo ni sostenible, porque el Estado sigue siendo el mayor deudor de las EPS, además de no haber logrado la regulación y modulación del sistema, ya que sigue siendo errática e inconsistente, porque ha reproducido diversos vicios de la lógica privada, incumpliendo el marco teórico del pluralismo estructurado. Además, porque si bien se aceptan los errores no se han logrado dar soluciones al sistema de salud, como la disminución de intermediarios y el favorecimiento de una concentración en el mercado, como se ve en la Ley 1122 de 2007.
6. Integración vertical. La integración vertical conlleva la concentración y reducción de competidores en la prestación de los servicios de salud, dejándola en manos de unos pocos y dentro de las 5 principales ciudades del país y ciertas zonas de estas ciudades. Y también, ha conllevado a prácticas de selección adversa, la búsqueda del mayor rendimiento financiero y la ampliación de atención con costos decrecientes.
7. Incentivos asimétricos de la regulación. Se mantienen los servicios de salud más rentables y se cierren aquellos que no son sostenibles financieramente. Como la negociación es más competitiva y rentable conforme al tamaño y capacidad financiera de la IPS, no es posible para una pequeña IPS hacer una buena negociación con una EPS para el pago de sus servicios y está llamada a quebrar o salir del

[18] Ibidem

mercado del sistema de salud. Por lo que terminan siendo monopolios bilaterales, tanto de las EPS e IPS.

8. Condiciones diferenciales y contradicciones. La cartera se reproduce en cadena desde las EPS a lo largo de la cadena de IPS a proveedores y afecta la solvencia y liquidez de todos los integrantes del sistema. A la vez que afecta, incrementa o encarece los costos, porque a dicha cartera se incorporan los intereses, como el tiempo de recuperación. Además de cómo negocian las glosas, donde la negociación de ellas siempre busca ser inflada, para no perder con la negociación.

En la tabla siguiente, se pueden apreciar los principales indicadores en dos cortes transversales para el año 2008 y 2019, en el cual llama la atención los indicadores de pasivos, patrimonio y resultados del ejercicio, mostrando un deterioro importante.

Ha habido un aumento de la financiación pública del sistema de salud, en aseguramiento especialmente, en pagos de tecnologías de alto costo, de tecnologías no previstas en el plan de beneficios y reconocimiento de gastos de cuidado, transporte e insumos.

Tabla 9 Principales indicadores EPS 2008-2019[19] (valores corrientes de cada año en millones de pesos)

Tabla 2. Principales indicadores financieros EPS, 2008 y 2019 (valores corrientes de cada año en millones de pesos)

	2008				
	RC	**RS**	**CyS**	**RI**	**Total**
Activo (A)	1.533.571,7	2.216.926,9	621.623,1	83.633,8	4.455.755,6
Pasivo (D)	1.201.804,9	1.866.691,8	571.615,8	70.705,8	3.710.818,3
Patrimonio (E)	331.766,8	350.235,1	50.007,3	12.928,0	744.937,3
Resultado del Ejercicio (R)	12.583,9	38.782,3	-9.793,4	1.611,5	43.184,4
D/A (%)	78,4	84,2	92,0	84,5	83,3
E/A (%)	21,6	15,8	8,0	15,5	16,7
CM/IO (%)	90,0	91,6	92,2	95,5	91,0
R/A (%)	0,82	1,75	-1,58	1,93	0,97
Núm. Afiliados	10.609.070	24.888.100	2.642.464	685.165	38.824.799
	2019				
	RC	**RS**	**CyS**	**RI**	**Total**
Activo (A)	9.516.659,0	3.782.072,3	8.371.934,1	138.829,2	21.809.494,6
Pasivo (D)	9.196.035,0	7.927.849,5	9.562.611,2	228.337,8	26.914.833,6
Patrimonio (E)	320.623,9	-4.145.777,2	-1.190.677,1	-89.508,7	-5.105.338,0
Resultado del Ejercicio (R)	-76.486,7	-454.767,4	-995.342,7	-25.515,0	-1.552.111,7
D/A (%)	96,6	209,6	114,2	164,5	123,4
E/A (%)	3,4	-109,6	-14,2	-64,5	-23,4
CM/IO (%)	94,9	98,9	103,2	96,3	98,3
R/A (%)	-0,80	-12,00	-11,90	-18,40	-7,10
Núm. Afiliados	17.064.495	9.998.089	17.378.833	1.277.192	45.718.609

Fuente: cálculos propios a partir de (28, 29, 31, 32)

Fuente: cálculos propios

El aseguramiento representa el 44,01% de recursos del presupuesto general de nación, las cotizaciones del régimen contributivo y aportes al sistema por los regímenes especiales y exceptuados es del 34,4%, sistema

[19] Ibidem

general de participaciones de 15,3% y Coljuegos, juntos otros ingresos 3.4% (Gráficas 20 y 21). Es decir, el Estado ha hecho un esfuerzo mancomunado para aumentar dentro del Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios para financiar el sistema de salud, así mismo, aumentar la población cotizante del sistema, con el único objetivo de hacer sostenible el sistema financiero.

El gasto en salud corresponde al 7,6% del PIB en Colombia, que para el año 2000 solo correspondía al 5,3%. Es decir, ha subido 2,3 puntos del PIB para salud. (Gráfica 22). El repunte al 7.6% del PIB sin embargo se explica en parte por la caída del producto en la pandemia y por el mayor gasto asociado a la atención de la pandemia del Covid.

Gráfico 19 Proyección ingresos 2023 (Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social)

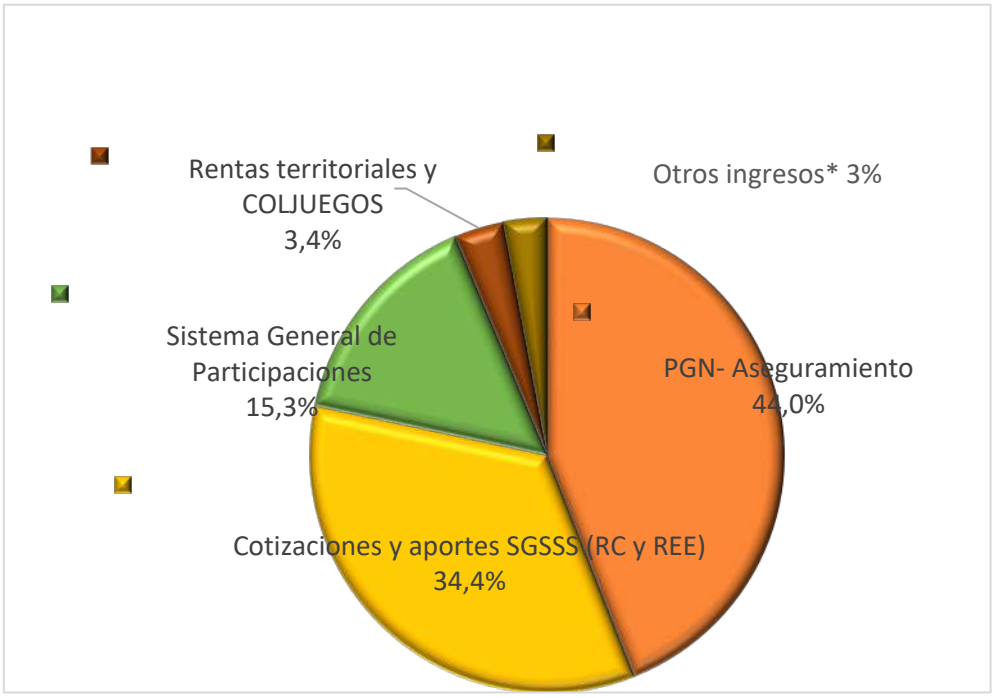


Gráfico 20 Proyección gasto en salud 2023 (Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social)

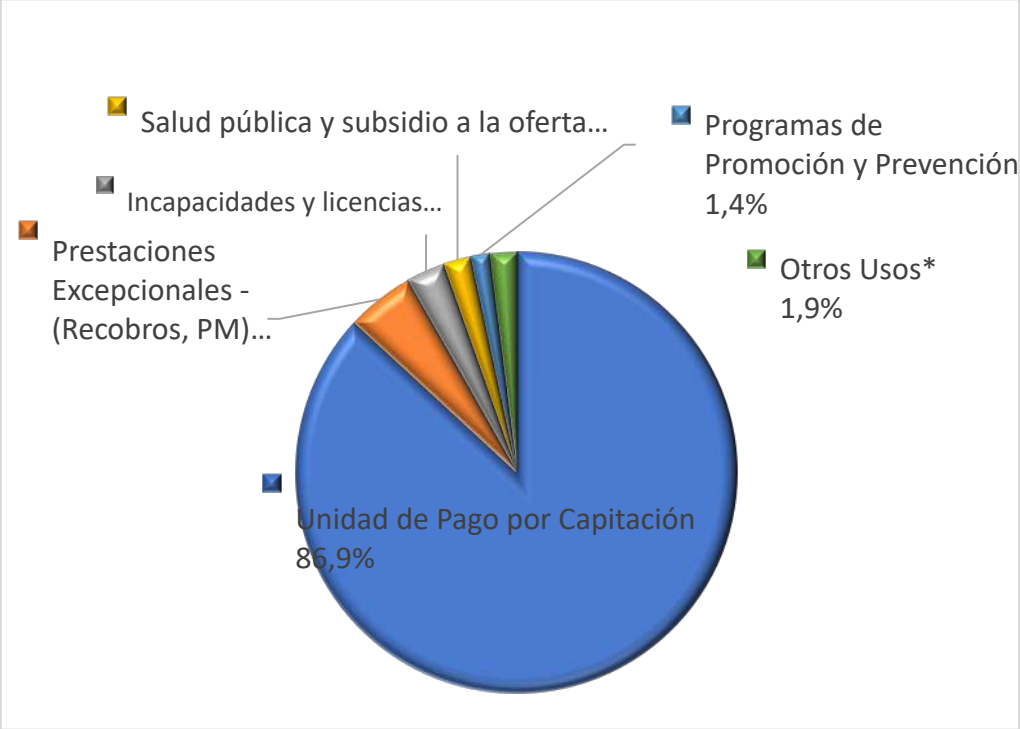
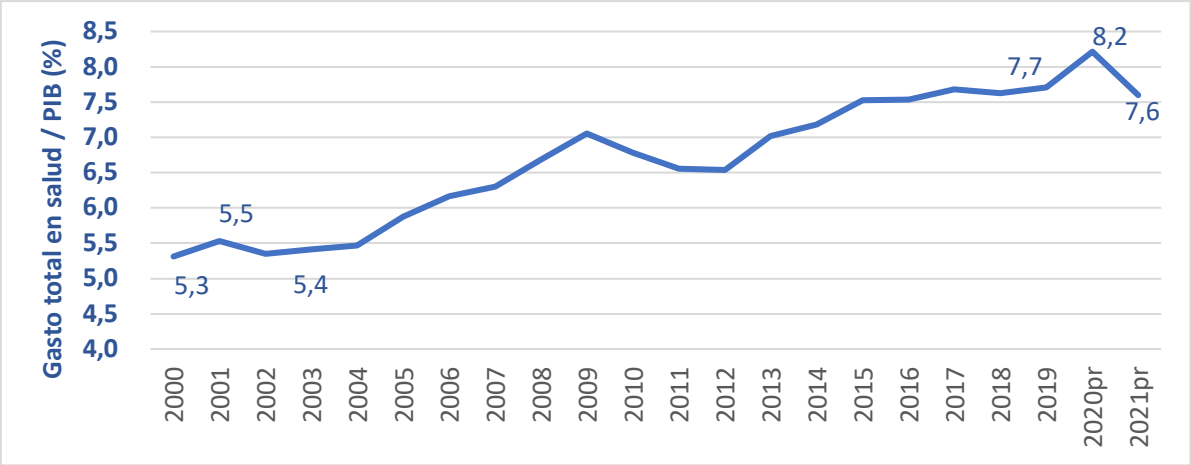


Gráfico 21 Gasto total en salud (GTS) / PIB (%)

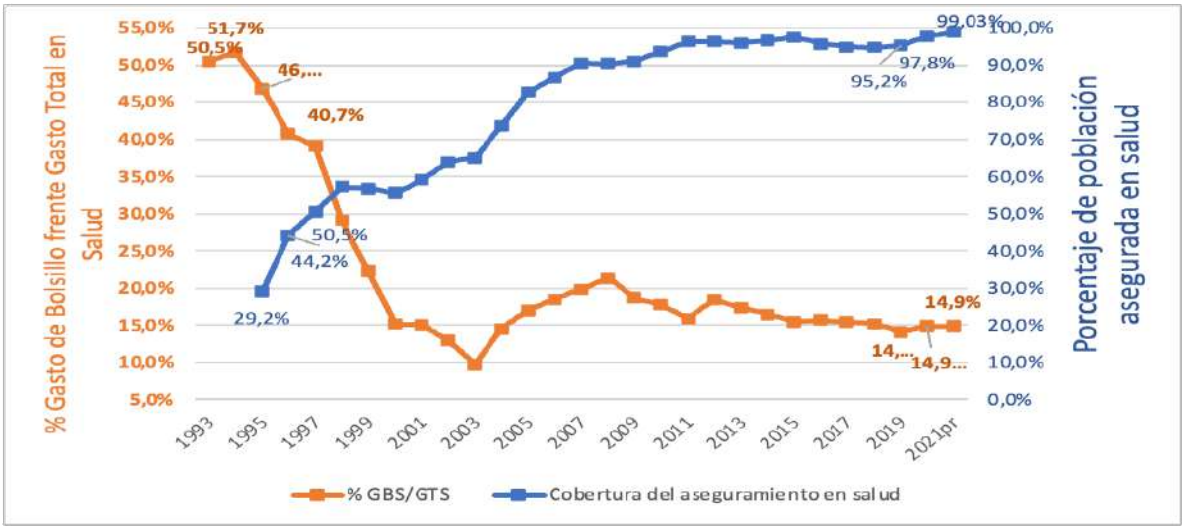


Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

Por último, la disminución de gasto de bolsillo en salud (Gráfica 23) y el crecimiento constante de las atenciones no previstas en el plan de beneficios, que se cubre a través de recobros y presupuestos máximos

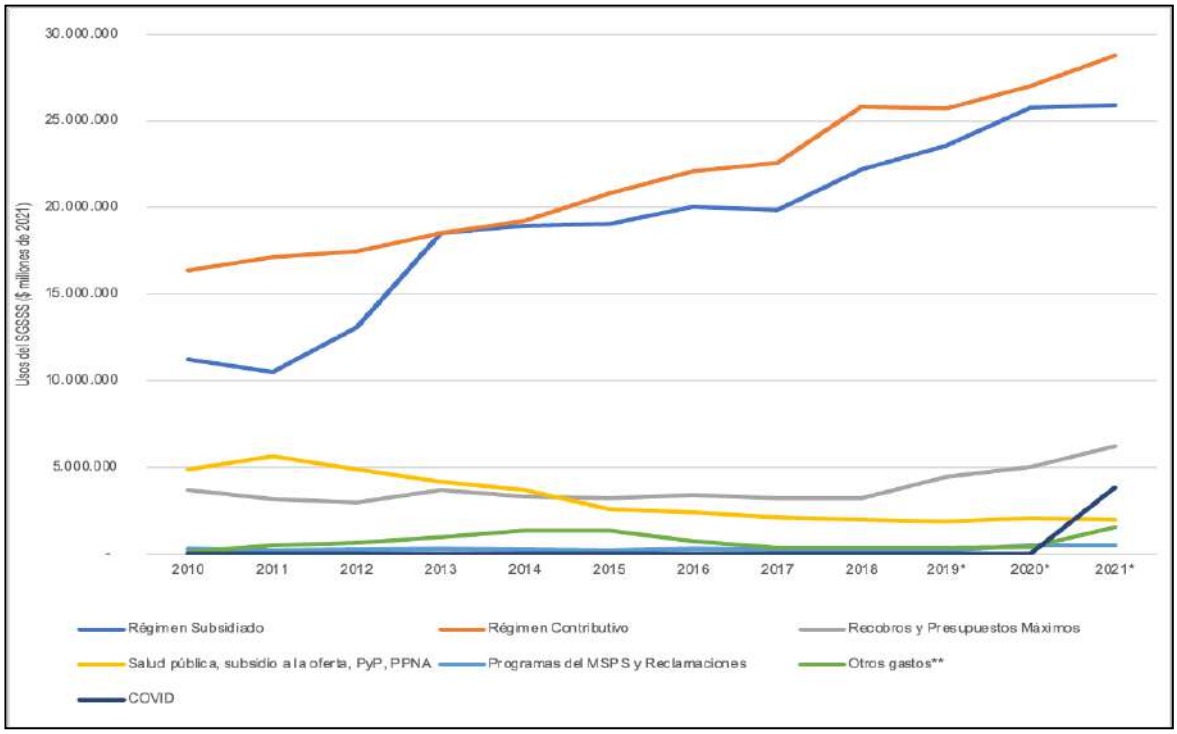
(Gráfica 24), son parte del esfuerzo que se ha hecho como estrategia de política pública para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en la dimensión individual. Dadas las presiones al alza del esfuerzo del gasto público en salud, se requiere hacer más eficiente la asignación de recursos, mediante la disminución de costos en salud fortaleciendo los modelos preventivo y predictivo de forma que se logre garantizar más años de vida saludable de la población.

Gráfico 22 Aseguramiento y Gasto de bolsillo en Salud 1995-2021



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

Gráfico 23 Usos de los recursos del SGSSS. Millones de pesos constantes de 2021



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

B. Enfoque del sistema de salud de la Ley 100 de 1993

El Estado de Bienestar o Estado Social desarrollado en la Constitución del 91 partió de que Colombia es un Estado Social y Democrático de Derecho, que busca garantizar la dignidad humana[20] de la ciudadanía social[21], a través de brindar el acceso y cumplimientos de los derechos fundamentales, sociales, económicos, políticos y culturales. La Carta Magna ha considerado que el ser humano es el centro de nuestro contrato social, de allí, que los fines últimos de cualquier política del Estado deben girar alrededor de la dignidad humana de cada persona que habita el territorio, quienes en su vida en sociedad les debe permitir confiar en el Estado para la garantía de sus derechos y principios, los cuales se acordaron que nos regiría a todos, como de su relación con la sociedad, su comunidad y su familia y por último, que cada una de ellas podrá confiar en que el Estado generará las condiciones mínimas para el desarrollo de los sueños, como el respeto mismo por los derechos y deberes que tienen dentro del Estado, como se evidencia en la Sentencia T-881 de 2002[22].

Ahora bien, ese Estado Social de Derecho se refleja en el Derecho Fundamental a la salud desde sus principios: universalidad, solidaridad y eficiencia, desde una mirada del Estado Social y Democrático, a partir de dichos principios no pueden fijarse los derechos de acuerdo a la capacidad del ingreso sino al derecho que se le ha proporcionado en la Constitución.

A través de la comprensión de los principios de solidaridad e igualdad, que buscan desmercantilizar la vida, según la teoría descrita por Gøsta Esping-Andersen se entiende que: *"se produce cuando se presta un servicio como un asunto de derechos y cuando una persona puede ganarse la vida sin depender del mercado"*[23].

---

[20] Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Corte Constitucional ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte tres lineamientos claros y diferenciables resultando principalmente de la interpretación de la Carta:
(i) la dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (la autonomía individual);
(ii) la dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (el bienestar);
(iii) y la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (la intangibilidad del cuerpo y del espíritu).
De otro lado al tener como punto de vista la funcionalidad del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado tres lineamientos:
(i) la dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado, y en este sentido la dignidad como valor;
(ii) la dignidad humana entendida como principio constitucional;
(iii) la dignidad humana entendida como derecho fundamental autónomo.

[21] La ciudadanía social debe entenderse como el estatus de plena ciudadanía, donde la persona cuenta con derechos sociales, políticos, económicos y culturales para el desarrollo de una vida digna.

[22] Sentencia T-881 de 2002: "*Una síntesis de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión "dignidad humana" como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones). De otro lado al tener como punto de vista la funcionalidad, del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado tres lineamientos: (i) la dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado, y en este sentido la dignidad como valor. (ii) La dignidad humana entendida como principio constitucional. Y (iii) la dignidad humana entendida como derecho fundamental autónomo.*"

[23] Esping-Andersen, Gøsta (1993), *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Valencia, Alfons el Magnanim.

Según el principio de universalidad, los impuestos y políticas públicas, son redistributivas para garantizar acceso a los mismos derechos y deberes a todos los ciudadanos, independientemente de su capacidad económica. La escasez de los recursos fiscales, exige hacer un uso adecuado de los mismos, que permita invertirlos para mejorar las condiciones de vida de toda la población que habite sus territorios, en especial de quienes quedan excluidos de los beneficios del desarrollo. Por ejemplo, para la sociedad y el Estado debe ser una meta lograr que las niñas y los niños no mueran por desnutrición, sin importar quienes son sus padres, de qué territorio son y qué estrato social tienen. Las niñas y los niños deberán saber que todos y todas trabajamos para que puedan tener oportunidades de soñar y hacer un plan de vida posible.

De ahí se deriva que ese Estado Social de Derecho desarrollado en la Constitución y luego interpretado por la Corte Constitucional reconozca que en Colombia lo que existe es una ciudadanía social, es decir, cada ciudadano o ciudadana social *"no puede quedar reducido al ámbito de la titularidad de derechos, sino que exige la satisfacción de derechos sociales. Incorpora al concepto de ciudadanía las condiciones para el ejercicio de capacidades y la participación en los resultados o frutos sociales."*[24]

En la Sentencia T-406 de 1992 Ciro Angarita dentro de las consideraciones al referirse sobre cómo entender el Estado Social de Derecho expuso que la *"(…)pérdida de la importancia sacramental del texto legal entendido como emanación de la voluntad popular y mayor preocupación por la justicia material y por el logro de soluciones que consulten la especificidad de los hechos (…) adquieren una relevancia especial en el campo del derecho constitucional, debido a la generalidad de sus textos y a la consagración que allí se hace de los principios básicos de la organización política."*[25] Debería entonces considerarse que los actores principales del

---

[24] Ciudadanía social: La lucha por los derechos sociales, María José Añón (Universitat de València). Ver link: https://www.uv.es/cefd/6/anyon.htm

[25] *Sentencia T-406 de 1992. Para mayor precisión, frente al Estado Social de Derecho se expusó lo siguiente: "**A. Origen y delimitación conceptual***

***1.** Lo primero que debe ser advertido es que el término "social", ahora agregado a la clásica fórmula del Estado de Derecho, no debe ser entendido como una simple muletilla retórica que proporciona un elegante toque de filantropía a la idea tradicional del derecho y del Estado. Una larga historia de transformaciones institucionales en las principales democracias constitucionales del mundo, está (sic) presente para dar testimonio de la trascendencia de este concepto.*

***2.** La incidencia del Estado social de derecho en la organización sociopolítica puede ser descrita esquemáticamente desde dos puntos de vista: cuantitativo y cualitativo. Lo primero suele tratarse bajo el tema del **Estado bienestar** (welfare State, stato del benessere, L'Etat Providence) y lo segundo bajo el tema de **Estado constitucional democrático**. La delimitación entre ambos conceptos no es tajante; cada uno de ellos hace alusión a un aspecto específico de un mismo asunto. Su complementariedad es evidente.*

a. El estado bienestar surgió a principios de siglo en Europa como respuesta a las demandas sociales; el movimiento obrero europeo, las reivindicaciones populares provenientes de las revoluciones Rusa y Mexicana y las innovaciones adoptadas durante la república de Weimar, la época del New Deal en los Estados Unidos, sirvieron para transformar el reducido Estado liberal en un complejo aparato político-administrativo jalonador de toda la dinámica social. Desde este punto de vista el Estado social puede ser definido como el Estado que garantiza estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, asegurados para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad (H.L. Wilensky, 1975).

b. El Estado constitucional democrático ha sido la respuesta jurídico-política derivada de la actividad intervencionista del Estado. Dicha respuesta está fundada en nuevos valores-derechos consagrados por la segunda y tercera generación de derechos humanos y se manifiesta institucionalmente a través de la creación de mecanismos de democracia participativa, de control político y jurídico en el ejercicio del poder y sobre todo, a través de la consagración de un catálogo de principios y de derechos fundamentales que inspiran toda la interpretación y el funcionamiento de la organización política1

***3.** Estos cambios han producido en el derecho no sólo una transformación cuantitativa debida al aumento de la creación jurídica, sino también un cambio cualitativo, debido al surgimiento de una nueva manera de interpretar el derecho, cuyo concepto clave puede ser resumido de la siguiente manera: **pérdida de la importancia sacramental del texto legal entendido como emanación de la voluntad popular y mayor preocupación por la justicia material y por el logro de soluciones que consulten la especificidad de los hechos.** Estas características adquieren una relevancia especial en el campo del derecho constitucional, debido a la generalidad de sus textos y a la*

Estado colombiano son la ciudadanía social que se integra por la sociedad en general, la comunidad, la familia y la persona acreedora de derechos, que interactúan a la vez con el mercado y el Estado. Por ello, en cualquier ejercicio de ponderación de derechos, primará siempre que cada persona cuente con acceso al derecho fundamental a la salud frente a los derechos de propiedad o mercado. Cuando se trata de un derecho fundamental, como la salud, deberá primar en el Estado Social de Derecho.

La Ley 100 de 1993 garantiza un derecho prestacional el cual le da a cada persona acceso a un plan de beneficios regulado y prevé evitar abusos de los mercados y del usuario de los servicios de salud mediante la regulación y modulación del Estado . Esta teoría se enfoca en un Estado de Bienestar Liberal, que de acuerdo a Gøsta Esping-Andersen, se debe entender como:

> *"(…) [L]a ayuda a los que se comprueba que no tienen medios, las transferencias universales modestas o los planes modestos de seguros sociales. Los subsidios favorecen principalmente a una clientela con ingresos bajos, generalmente de clase obrera, dependientes del Estado. En este modelo, el progreso de la reforma social ha sido circunscrito rigurosamente por normas tradicionales y liberales de la ética*

---

consagración que allí se hace de los principios básicos de la organización política. De aquí la enorme importancia que adquiere el juez constitucional en el Estado social de derecho.

4. *La complejidad del sistema, tanto en lo que se refiere a los hechos objeto de la regulación, como a la regulación misma, hace infructuosa la pretensión racionalista que consiste en prever todos los conflictos sociales posibles para luego asignar a cada uno de ellos la solución normativa correspondiente. En el sistema jurídico del Estado social de derecho se acentúa de manera dramática el problema -planteado ya por Aristóteles- de la necesidad de adaptar, corregir, acondicionar la aplicación de la norma por medio de la intervención del juez. Pero esta* ***intervención no se manifiesta sólo como el mecanismo necesario para solucionar una disfunción, sino también, y sobre todo, como un elemento indispensable para mejorar las condiciones de comunicación entre el derecho y la sociedad****, es decir, para favorecer el logro del valor justicia (de la comunicación entre derecho y realidad), así ello conlleve un detrimento de la seguridad jurídica.*

5. *Es justamente aquí, en esta relación entre justicia y seguridad jurídica, en donde se encuentra el salto cualitativo ya mencionado: El sistema jurídico creado por el Estado liberal tenía su centro de gravedad en el concepto de ley, de código. La norma legal, en consecuencia, tenía una enorme importancia formal y material, como principal referente de la validez y como depositaria de la justicia y de la legitimidad del sistema.* ***En el Estado intervencionista se desvanece buena parte de la importancia formal (validez) y de la importancia material (justicia) de la ley.***

6. *La Constitución colombiana recoge ampliamente los postulados normativos del Estado social de derecho. Ello se comprueba no solo al repasar lo consagrado en la lista de los principios y de la Carta de derechos, sino también en la organización del aparato estatal. El artículo primero de la Constitución es la clave normativa que irradia todo el texto fundamental:*

> *Art. 1. Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.*

Por lo menos tres postulados se desprenden del artículo primero:

a) El Estado es definido a través de sus caracteres esenciales. Entre estos caracteres y el Estado la relación es ontológica: El Estado Colombiano ***es tal****, en tanto sus elementos esenciales están presentes; no se trata de cualidades, capacidades o dotes del Estado, sino de su propia naturaleza, de su propio ser.*

b) Los caracteres esenciales del Estado tienen que ver no solo con la organización entre poderes y la producción y aplicación del derecho, sino también y de manera especial, con el compromiso por la defensa de contenidos jurídicos materiales2 .

El sentido y alcance del artículo primero no puede ser desentrañado plenamente a partir de una interpretación reducida al análisis de su texto. Cada una de las palabras del artículo posee una enorme carga semántica, la cual a través de la historia del constitucionalismo occidental, se ha ido decantando en una serie de nociones básicas que delimitan su alcance y lo hacen coherente y razonable. Una interpretación que se aparte del contexto nacional e internacional en el cual han tenido formación los conceptos del artículo primero, puede dar lugar a soluciones amañadas y contradictorias.

En síntesis, la Constitución está (sic) concebida de tal manera que la parte orgánica de la misma solo adquiere sentido y razón de ser como aplicación y puesta en obra de los principios y de los derechos inscritos en la parte dogmática de la misma. La carta de derechos, la nacionalidad, la participación ciudadana, la estructura del Estado, las funciones de los poderes, los mecanismos de control, las elecciones, la organización territorial y los mecanismos de reforma, se comprenden y justifican como transmisión instrumental de los principios y valores constitucionales. No es posible, entonces, interpretar una institución o un procedimiento previsto por la Constitución por fuera de los contenidos materiales plasmados en los principios y derechos fundamentales."

> *del trabajo; aquí los límites de la protección social igualan a la propensión marginal a optar por la ayuda social en vez del trabajo. Por consiguiente, las reglas para estos derechos son estrictas y a menudo están asociadas a un estigma; los subsidios, por lo general, son modestos. A su vez, el Estado estimula el mercado, bien pasivamente -garantizando sólo un mínimo- o activamente -dando subsidios a planes privados de protección social."*[26]

Una visión similar a la establecida en países como Estados Unidos, de allí, que se aceptara el análisis hecho por el Consenso de Washington, donde el Estado es ineficiente, corrupto y sin conocimiento para satisfacer las necesidades de su población, como la necesidad misma de que los Estados debían incurrir en un nivel bajo de gasto público en su funcionamiento. En Colombia el presupuesto en salud del Ministerio de salud y protección social de Colombia y de sus entidades adscritas no supera el 2% de los recursos que se invierten en salud en el país, para gastos corrientes como de inversión.

El enfoque de la Ley 100 de 1993 se fundamenta en parte en la teoría de Cuasi-mercados y de Agente-Principal, esta última basa su acción en que el Principal, que en este caso es el Estado, le entrega al agente, que para el sistema de salud son las EPS o EAPB, para que haga la acción que debe cumplir el Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud y por tal labor reciben un pago. Por lo tanto el Estado sólo puede ver en su totalidad los resultados de la acción de quien administra y gestiona los riesgos de salud.

Para reducir el riesgo moral del agente, se creó el sistema de salud bajo el enfoque de cuasi-mercados, que

> *"tienen como objetivo consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño. El Estado, en cualquier caso, mantiene la función de financiamiento y se deslinda la función prestadora, mediante la transformación de las entidades públicas en instituciones sin fines de lucro u organizaciones públicas semiindependientes, o la participación privada en la prestación (Le Grand, 1999, p.169). Por su parte, en el caso de sistemas de salud articulados en torno al aseguramiento, se promueve la competencia entre aseguradores (Bach, 1999, p.3)".*[27]

El Sistema de Salud colombiano se enmarca en la teoría de Cuasi mercados porque "son y no son mercados", es decir, se promueve la competencia del mercado en la prestación de los derechos pero se pacta el precio, de acuerdo al presupuesto de los Estados, entre el prestador y el Estado, la ciudadanía se ve representada por los agentes, quienes tienen delegada la función de ser compradores, cuyas reglas y carácter las fija el Estado. (1997), La teoría económica de cuasi mercados, está en la base del enfoque de la Ley 100[28]/.

Con ocasión de la expedición de la Ley 100 se identificaron como problemáticas el envejecimiento de la población, las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición, salud reproductiva, estilos de vida poco saludables ocasionando enfermedades crónicas no transmisibles, resurgimiento de enfermedades que se mantuvieron bajo control por mucho tiempo, lesiones personales, enfermedades mentales y la necesidad de inversión en salud pública, como también la necesidad de una reforma del sistema de salud. Se planteó obtener mayor cobertura.

---

[26] Esping-Andersen, Gøsta (1993), *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Valencia, Alfons el Magnanim.

[27] Sojo, Ana (2000), Reformas de gestión en Salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica, Santiago de Chile, División de Desarrollo Social CEPAL, Naciones Unidas.

[28] Para estudio del documento a mayor profundidad ver: https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas

Para ese momento se había hecho el siguiente análisis sobre los retos de los sistemas de salud para América Latina[29]:

Tabla 10 Retos para los sistemas de salud en América Latina

COMPONENTE	TIPO DE RETO	
	Acumulado	Emergente
Población	- Rezago epidemiológico * Infecciones comunes * Desnutrición * Problemas de salud reproductiva - Brecha en salud - Inequidad	- Nuevas presiones * Enfermedades no transmisibles * Lesiones * Infecciones emergentes - Cambios en la demanda - Presiones políticas
Instituciones	- Cobertura insuficiente - Calidad técnica pobre - Ineficiencia en la asignación de recursos - Inadecuados procesos de referencia de pacientes - Baja capacidad resolutiva - Administración deficiente de las instituciones	- Escalada de costos - Incentivos inadecuados - Inseguridad financiera - Insatisfacción de los consumidores - Expansión tecnológica - Gerencia deficiente del sistema

Fuente: https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas de salud.

Así mismo, analizaron que el sistema de salud era muy segmentado, además de ineficiente, poco articulado e integrado, además de inequitativo y no universal, de allí la importancia de agregar un nuevo actor que surtiera las funciones de articulador. Para eso la Ley 100 ideó la creación de un cuasi-mercado público, con un nuevo actor asegurador- EPS-y administrador de una unidad de pago por capitación -UPC- y quienes tendrían la labor de gestión de riesgo de la salud, alrededor de lo cual, gestionarían la contratación de la red de prestación de servicios y estarían habilitados para promocionar la salud y sortear las asimetrías de información en favor del usuario de los servicios.

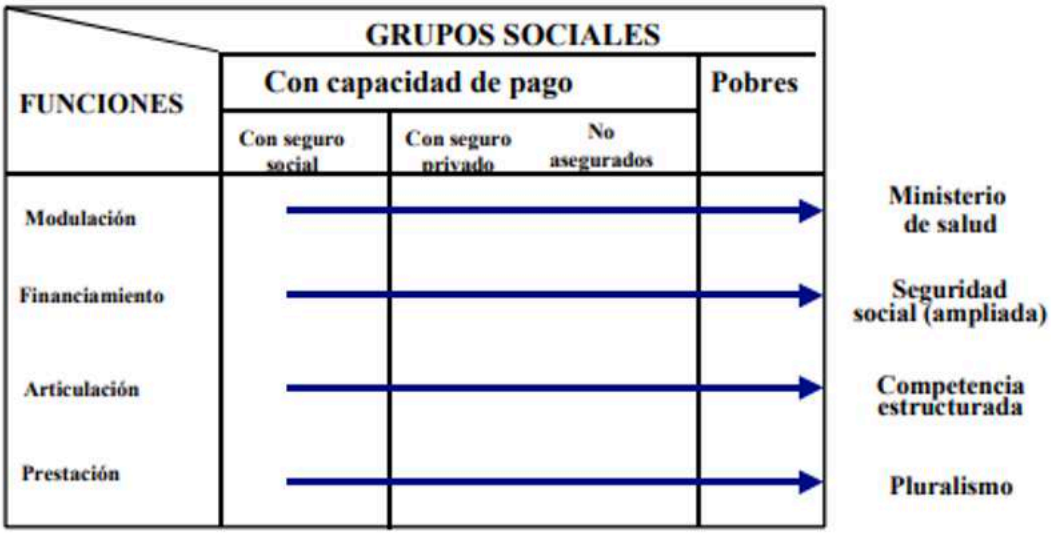
El "pluralismo estructurado", que subyace a ese enfoque propuso eliminar la segmentación a través de una integración, donde el servicio ya no se fijará *"por grupos sociales, sino por funciones"*[30], donde los actores o instituciones se especializan en una sola tarea específica de la cadena a través de 4 funciones principales: (1) modulación, (2) financiamiento, (3) articulación y, (4) prestación (Ver imagen siguiente[31])

[29] Figura 1 tomada del documento Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

[30] Londoño, Juan Luis, Frenk, Julio, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, 1997, Banco Interamericano de Desarrollo.

[31] Figura 4b tomada del documento Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina.

Tabla 11 Diseño propuesto de pluralismo estructurado



Fuente: https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas

La función de modulación quedó a cargo del Estado, a través del Ministerio de Salud, en la cual es responsable de ser quien dirige el sector a través de una regulación que garantice una relación entre actores o instituciones *"equilibrada, eficiente y equitativa"*[32] a través de reglas e incentivos, quienes además podrán delegar funciones de modulación a actores diferentes al Estado, es decir, una autorregulación de los mercados o regulaciones a otros actores del sistema.

El financiamiento quedó a cargo del Estado, subsidiando a quienes requieren los servicios, a través de la afiliación de población sin capacidad de pago por medio del régimen subsidiado.

El sistema de pago a los proveedores de servicios de salud, fue mediado por la función de aseguramiento, por lo cual el mecanismo para hacerlo fue el de subsidios a la demanda, bajo el principio de separar los subsidios de la oferta pública de la prestación del servicio de salud. El usuario para recibir un subsidio podría hacerlo en cualquier institución pública o privada. De esta forma se introduce un principio de competencia entre los proveedores de servicios y se haría factible desarrollar el principio de la libre escogencia de los usuarios de los servicios. Este principio obró en desmedro de la financiación de los puestos de salud y hospitales públicos, que, aunque muchos de ellos no fueran rentables financieramente generaban una rentabilidad social

La situación de los hospitales públicos, privados y mixtos, bajo este modelo se ha visto afectada a lo largo del tiempo, liquidando pasivos crecientes y una cartera en muchos casos de difícil o imposible cobro. Ello debido a que un número importante a lo largo del ciclo de vida del Sistema de salud emergido desde 1994, se han liquidado y ha sido imposible garantizar el pago a las fábricas de producción de la salud.

[32] Londoño, Juan Luis, Frenk, Julio, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, 1997, Banco Interamericano de Desarrollo.

En síntesis, la prestación del servicio de salud quedó abierta a la competencia, adquiriendo el enfoque de pluralista, donde se puede acudir tanto a instituciones públicas, mixtas como a privadas, donde se aumenten las opciones de prestación de servicios para los usuarios. Se esperaba con ello hacer más competitivo el sistema de salud y por ello mismo lograr mayor eficiencia en la asignación de los recursos e integrar las instituciones por la vía del cuasi-mercado público.

Luego de más de una década de implementación, las relaciones que involucran a los denominados actores del SGSSS y a los usuarios derivaron en diferentes situaciones que afectan o han afectado el acceso efectivo al derecho a la salud, y los elementos básicos de su funcionamiento, tales como:

i) problemas en las coberturas y prestaciones (no cumplimiento del POS, prestaciones por fuera de los planes de beneficios, diferenciación entre regímenes en coberturas, falta de claridad en la regulación, períodos de carencia, calidad y oportunidad, y desequilibrio entre las necesidades individuales y colectivas);
ii) afiliación (ámbito de la cobertura familiar y traslado de regímenes);
iii) fallas en el flujo de recursos (entre responsables de giro y las entidades territoriales, las entidades territoriales y las EPS del régimen subsidiado e IPS, las EPS y las IPS, y, falta de liquidación de contratos del régimen subsidiado); y,
iv) debilidad en la inspección, vigilancia y control (flaqueza en presencia e imposición de sanciones, centralización y, solución inoportuna de problemas al usuario);
v) emergencia de una gestión del riesgo y de un modelo de atención en salud que privilegia el tratamiento de la enfermedad, con menor atención a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud vi) liquidación de pérdidas y desaparición de recursos del sistema, que son de naturaleza pública que han acumulado unas cifras significativas;
vi) amplia afiliación de la población, si bien el acceso efectivo de la misma al sistema no adquiere la misma proporción;
vii) sistema con enormes porosidades en la atención de población dispersa, marginada y altamente vulnerable, lo que se manifiesta en los indicadores de salud que se han expuesto, que expresan asimetrías en los resultados de algunos trazadores básicos de salud;
viii) deudas abultadas de las EPS con los prestadores públicos, privados y mixtos, así como con otros proveedores.

4. ANÁLISIS DE LAS INICIATIVAS Y PROYECTOS ACUMULADOS

Considerada la acumulación de los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", y examinados minuciosamente, el análisis nos permite concluir que los mencionados proyectos reconocen algunos elementos necesarios de transformación en los que se coincide con el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" radicado y del cual fuimos designados ponentes, tales como la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud, los hospitales públicos, la dignificación de las y los trabajadores del sector de la salud y el mejoramiento del flujo de recursos a través del uso del mecanismo del giro directo desde la ADRES.

No obstante lo anterior, los mencionados proyectos contienen un enfoque general que se distancia del Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", dado que estos parten de mantener un modelo de salud que perpetúa las fallas estructurales que han llevado a la crisis del Sistema de salud actual.

Los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", continúan manteniendo el sistema de salud bajo una lógica gestión del riesgo financiero manejado por particulares que se aleja de la garantía del goce efectivo y universal del derecho fundamental a la salud.

En el debate que se adelante en la comisión se ampliarán los argumentos correspondientes para explicar con mayor detenimiento las dificultades para la armonización de los mencionados Proyectos pese a la acumulación de éstos en el trámite legislativo.

A continuación presentamos un cuadro comparativo[33] en el que se presentan los ejes principales de los mencionados proyectos y las diferencias que distancian su propuesta del articulado presentado en el proyecto de la presente ponencia:

PL 339/2023C "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"(Iniciativa del GobiernoNacional)	**PL 340/2023C "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud" (Iniciativa del Centro Democrático)**	**PL 341/2023C "Por medio de la cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General De Seguridad Social En Salud (SGSSS)" (Iniciativa de Carlos Abraham y Andrés Forero)**	**PL 344/2023C "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"(Iniciativa de Ciro Ramírez, Óscar Darío Pérez y Mauricio Parodi)**

[33] Observatorio de Agenda Legislativa, Informe de Proyectos de Ley sobre Reforma a la Salud, COMPAS, 2023

Artículo 1°. Objeto. La presente ley, de conformidad con la ley 1751 de 2015, sus definiciones y principios restructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece el Sistema de Salud, desarrolla sus principios, enfoque, estructura organizativa y competencias. El Sistema de Salud se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. En consecuencia, el Sistema de Salud constituye el aseguramiento social, con participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos. Establece el modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, la participación social y los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación,	Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto el mejoramiento y fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud hasta ahora alcanzados en la población, la experiencia de los usuarios respecto a la calidad de los servicios, la sostenibilidad financiera y el adecuado y transparente flujo de recursos, con fundamento en los principios, definiciones y reglas adoptadas en la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Para efectos de lo anterior, se establecen disposiciones tendientes a fortalecer la gobernanza del sistema y la coordinación intersectorial necesaria en la intervención de los determinantes sociales en salud, se redefinen las funciones y estructuras de algunos de los actores, se establecen nuevas reglas en materia de gestión de los servicios de salud de acuerdo con las	ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente Ley tiene por objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por medio del desarrollo de sus principios, enfoques, estructura organizativa y funcional, financiamiento y políticas para su buen desempeño, conforme a lo dispuesto por la Ley Estatutaria del derecho fundamental a la salud 1751 de 2015, además de ocuparse de sus principales interacciones con los determinantes sociales de la salud.	

medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.	necesidades de las personas y las particularidades geográficas, socioeconómicas y culturales del territorio nacional, así como de integración y contratación de servicios y tecnologías en salud, flujo de recursos, sistemas de información y fortalecimiento del sistema de inspección, vigilancia y control		
Artículo 2º. Sistema de Salud. De conformidad con el artículo 4 de la ley 1751 de 2015, es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación; que el Estado dispone para garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud.		ARTÍCULO 2°. Definición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones públicas, privadas y mixtas; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información	

		y evaluación, que el Estado dispone para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud. Este sistema deberá coordinarse con el resto de políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a toda la población	
Artículo 3°. Elementos esenciales del Sistema de Salud. En desarrollo de los elementos esenciales e interrelacionados establecidos en el artículo 6º y de lo dispuesto en los artículos 7º y 8º de la Ley 1751, son elementos esenciales del Sistema de Salud los siguientes: 1. Obligatoriedad de los aportes. Los aportes al Sistema de Salud son obligatorios para todos los trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital a excepción de lo establecido en la presente ley y otras disposiciones del ordenamiento jurídico. 2. Parafiscalidad. Los recursos de destinación específica al Sistema de Salud, incluyendo los recursos asignados por el Presupuesto General de la Nación, son de carácter parafiscal, inembargables y tienen naturaleza pública. No podrán ser utilizados para fines diferentes a la		ARTÍCULO 3°. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además de los principios consagrados en la Constitución, el bloque de constitucionalidad, los elementos y principios del derecho fundamental a la salud y los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecidos por la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011, respectivamente, serán principios del SGSSS: • 3.1. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos de talento humano, administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los que 3	

destinación establecida por las disposiciones jurídicas.3. Humanización. Es el conocimiento de las necesidades y la confianza mutua en que debe fundamentarse la relación entre el personal de los servicios de salud y los individuos, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios de manera individual y colectiva en el largo plazo y a lo largo del ciclo vital. 4. Eficacia. Es lograr los resultados en Salud en la población por parte del Sistema de Salud con cada paciente, familia y comunidad. Los resultados deben expresarse y publicarse periódicamente como Indicadores de Salud en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud. 5. Intersectorialidad. Es la articulación estructural y sistémica de los sectores estatal, social, y privado para lograr el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, una incidencia efectiva y eficaz sobre los determinantes sociales de salud y las garantías sociales, mejorar las condiciones de vida y el progreso social en diferentes grupos, comunidades y poblaciones. 6. Participación vinculante. Es la intervención efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones,		tienen derecho toda la población, sean prestados en forma adecuada, efectiva, oportuna y suficiente. • 3.2. Universalidad. Es la garantía de la protección del goce efectivo del derecho a todas las personas, sin ninguna discriminación, en dignidad, en todas las etapas de la vida. • 3.3. Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las comunidades, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y la sociedad en su conjunto, para proteger y garantizar los derechos de los más vulnerables. • Es deber del Estado garantizar y promover la solidaridad en Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de su acción activa, a través de la dirección y control del mismo. • Cada persona contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015 y la presente Ley. Los recursos provenientes del erario en el Sistema de Seguridad Social en Salud deberán tener presente siempre a	

en la gestión y en la vigilancia y el control, en los establecimientos de salud y en las instancias de formulación, implementación y evaluación de planes y políticas públicas relacionadas con la salud de la población. 7. Enfoque de género. Es la superación de las barreras y restricciones a los derechos sexuales y reproductivos, el reconocimiento y la autodeterminación plena sobre el cuerpo, las concepciones y valoraciones sobre el cuidado, la superación de estereotipos basados en lo biológico y el reconocimiento histórico sobre las múltiples situaciones y circunstancias que afectan los derechos de las mujeres y de las personas sexualmente diversas.		los grupos de la población más vulnerables. • 3.4 Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido de manera intempestiva y arbitraria por razones administrativas o económicas. • 3.5. Integralidad. Es la cobertura de todos los servicios y atenciones que se requieran para conservar, promover y mantener el más alto grado de salud posible y en general, las condiciones de vida en dignidad de toda la población. La prestación del servicio no será fragmentada, parcial o limitada en razón a la capacidad económica de la persona o consideraciones administrativas. • 3.6 Unidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe articular armónicamente las políticas, planes, estrategias, instituciones, organizaciones, entidades, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social. Para toda persona el	

		SGSSS es único. • 3.7. Participación. La participación deberá garantizarse a lo largo de las distintas instancias y fases diseño, desarrollo, implementación y evaluación de las políticas públicas en materia de salud. Se debe garantizar la intervención temprana de las comunidades y las personas en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto, para lo cual se aseguran, al menos, las garantías de participación contempladas en la Constitución, la Ley Estatutaria del derecho fundamental a la Salud y el resto de leyes vigentes aplicables. • 3.8. Progresividad y prohibición de regresividad. El Estado debe asegurar la correspondiente y adecuada ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación y 4 mejora de capacidad instalada del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la promoción y dignificación del talento humano. El SGSS, en conjunto con los demás sectores, debe	

		eliminar gradual y continuamente las barreras que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en especial, las culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas. • Toda decisión legal o político administrativa que limite irrazonablemente o restrinja derechos y libertades adquiridos en materia de salud, son contrarias a la Ley Estatutaria en Salud y a la presente Ley. • 3.9. Principio Pro personae (Pro homine). Cualquier acción u omisión del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe orientarse y justificarse, en primer término, en la garantía de la dignidad humana de toda persona. Cuando haya diferentes alternativas u opciones para el cuidado y protección de una persona, se debe asegurar la condición más beneficiosa, garantizando el acceso libre e informado a las mejores condiciones terapéuticas (Lex Artis) para mantener, recuperar o promover el más alto nivel de salud posible, en condiciones dignas. •	

		3.10. Principio de autonomía personal. La autonomía y el consentimiento libre, pleno e informado de toda persona determinan las decisiones y acciones sobre su propia salud. La voluntad personal deberá tenerse en cuenta hasta donde sea posible, incluso, cuando pueda estar limitada la capacidad de expresarla. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe definir estrategias e instrumentos para evitar la vulneración de la autonomía de las personas frente a decisiones de su cuerpo y su salud ante la necesidad de tratamientos, procedimientos o tecnologías en salud. • 3.11. Principio de autonomía profesional y respeto a la libertad de conciencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud respetará la libertad de conciencia de todo ser humano, por lo que no se le podrá obligar a actuar en contra de ella. De forma armónica e integral, el Sistema deberá asegurar el acceso al servicio de salud requerido, a la vez, que respetará la libertad y autonomía profesional en su ejercicio laboral, para que se apliquen sus	

		conocimientos, teniendo en cuenta la mayor evidencia científica disponible (Lex Artis), la autorregulación y el equilibrio bioético en beneficio de la salud del paciente. En cualquier caso, cuando exista un conflicto irresoluble entre el derecho a la vida, a la salud, la integridad o la autonomía de un paciente con la libertad de conciencia de una persona, primarán aquellos derechos sobre esta libertad. • 3.12. Principio de enfoque diferencial. Todas las acciones y omisiones del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben buscar la igualdad real y material, superando las exclusiones e inequidades en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud. Se deben cerrar las brechas de género, etnia, grupos poblacionales, en condición de discapacidad, factores psicosociales o determinaciones económicas, 5 culturales o ambientales, en conjunto con los sectores implicados en estas dimensiones. Los saberes	

		tradicionales y ancestrales deberán ser respetados, valorados e incorporados adecuadamente por el Sistema de Salud, bajo el marco de los demás principios y siempre buscando el beneficio de los usuarios y pacientes del sistema. En el contexto del Sistema de Salud, las personas diagnosticadas o en proceso de diagnóstico de enfermedades que afecten significativamente la salud, la integridad personal y la vida en dignidad, son sujetos de especial protección. • 3.13. Principio de transparencia. Las acciones y omisiones del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben ser transparentes para lo cual, éstas han de ser debidamente registradas, documentadas, informadas y comunicadas. La transparencia busca asegurar un comportamiento ético y jurídico de todos los actores que integran el Sistema para asegurar su eficacia, eficiencia, oportunidad y sostenibilidad. Ninguna información del Sistema podrá ser	

		oculta, salvo que sea para la protección del derecho a la salud de las personas y demás derechos fundamentales directamente involucrados, como el derecho de intimidad de los pacientes y que requieran estricta confidencialidad. Todos los actores del Sistema de Salud deben manifestar de forma pública, amplia y suficiente los conflictos de intereses que puedan tener lugar. • 3.14. Principio de sostenibilidad y protección financiera. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe contar con los recursos adecuados para asegurar progresivamente y, sin regresividad, el acceso efectivo a todos los servicios de salud conforme a la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y, en conjunto con los demás sectores, el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de acuerdo con la Constitución. Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben fluir de manera oportuna y suficiente. Una Política Pública insostenible económicamente, cuyos recursos no puedan garantizarse	

		de forma equitativa y eficiente es contraria al orden constitucional vigente. Las políticas de salud no podrán afectar el mínimo vital en dignidad de las personas. Parágrafo. El estado debe garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas con enfermedades huérfanas, enfermedades discapacitantes y enfermedades de alto costo.	

Artículo 4°. Definiciones. El Sistema de Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos: 1. Salud. Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables cuyo resultado es el bienestar, el buen vivir y la dignidad humana, individual y colectiva. 2. Servicio público esencial de salud. La salud constituye un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, el cual se garantiza mediante la prestación del servicio público esencial obligatorio por parte del Estado, en los términos dispuestos en el artículo 49 de la Constitución Política y la Ley 1751, constituido por los bienes y servicios de atención integral que aportan a la salud de las personas para desarrollar, preservar, recuperar y mejorar la salud, propiciando mayor nivel de bienestar y calidad de vida posible. 3. Salud Pública. Es el conjunto de políticas, programas y acciones públicas y de la sociedad que cobijan a la población con el fin de cuidar y promover la salud y prevenir las enfermedades, garantizar un ambiente y entorno sano y saludable, mantener la salud de las			

comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida y bienestar. La Salud Pública propicia la articulación entre el Estado y la Sociedad. 4. Territorio de Salud. Es un territorio con identidad epidemiológica, ambiental, social y cultural, en el que se integran dinámicamente el suelo, los asentamientos humanos, los recursos de la economía, el ambiente y el entorno, y requiere una planificación conjunta del accionar sectorial e intersectorial para garantizar la salud de sus habitantes. 5. Modelo de atención. Es el proceso que articula los bienes y servicios en el Sistema de Salud, en los ámbitos individual y colectivo y las responsabilidades institucionales y sociales, con el fin de resolver necesidades sanitarias de los territorios de salud y hacer efectivo el derecho a la Atención Integral en Salud para su mantenimiento y recuperación, y para la prevención de enfermedades, la atención y la rehabilitación y la paliación de las personas afectadas tanto por enfermedades generales como por las relacionadas con el medio ambiente, el trabajo y los accidentes de tránsito. 6. Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (APIRS). Es el contacto primario entre las			

personas, familias y comunidades con el Sistema de Salud, estructurado en redes integrales inter y transdisciplinarias para la prestación de servicios con capacidad resolutiva de los problemas de tipo individual, familiar, comunitario, laboral, territorial. Su composición en cada territorio dependerá de las necesidades y características sanitarias, epidemiológicas, socio ambientales y de los determinantes de salud existentes allí. Involucra la territorialización, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria. Se desarrolla en el marco de una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal con participación activa de las comunidades, la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, para garantizar la integralidad y eficacia de la atención, la intervención favorable sobre los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. 7. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).			

Es el conjunto integrado de organizaciones de carácter público, privado y mixto, o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios integrales de salud individuales y colectivos con calidad, equitativos, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con orientación individual, familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio poblacional determinado, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de personas y comunidades 8. Atención territorial en salud. El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutiva se desarrolla atendiendo las condiciones de los territorios de salud, que comienzan en el hogar, pasan por el barrio, la vereda y llegan a la totalidad del territorio en salud. 9. Atención familiar en salud. El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutiva debe buscar conocer, atender y referenciar los lazos sanguíneos que unen a las personas, con el fin de identificar factores de riesgo general y genéticos que puedan ser causa de enfermedades, darles seguimiento para predecir y prevenir su ocurrencia o hacer detección temprana, con el fin de ofrecer tratamiento oportuno y mitigar sus efectos			

dañinos. 10.Salud Preventiva. Son todas las actividades que realiza el Sistema de Salud con el objetivo de atender los determinantes sociales y los factores biológicos que pueden producir enfermedad. 11. Salud Predictiva. Son todas las acciones que estudia, planifica y lleva a cabo el Sistema de Salud para descubrir determinantes sociales y factores biológicos que sean fuentes de enfermedad. 12. Salud Resolutiva. Son todas las decisiones sobre bienes y servicios que toma el sistema de salud para atender de manera oportuna y efectiva a las personas enfermas a fin de restablecerles la salud, respetando la autonomía de cada paciente y la dignidad humana. 13. Determinantes Sociales de la salud. Constituyen aquellos factores presentes, de actuación negativa, o aquellos que, por su ausencia, permiten e inducen la aparición de enfermedades y que entre otros factores tienen origen: social, económico, cultural, nutricional, ambiental, ocupacional, habitacional, de educación y de acceso a los servicios públicos. 14.Sistema Público Único Integrado de Información en Salud -SPUIIS. Es un sistema de información transversal al Sistema de			

Salud, diseñado para garantizar la trasparencia y el acceso en línea y tiempo real a la información epidemiológica, clínica, farmacológica, administrativa, de actividades e intervenciones médicas y sanitarias y de todas las transacciones económicas del mismo. Definición de instituciones: 15. Instituciones prestadoras de servicios de salud. Son entidades cuyo objeto es la prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y forman parte integrante del Sistema de Salud. 16.Instituciones de Salud del Estado. Constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; son creadas por la Ley o por las previsto en esta Ley. Su objeto es la prestación de servicios de salud como un servicio público a cargo del Estado. Las Instituciones de Salud del Estado comprenden los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, Laboratorios y toda institución estatal de salud. 17. Comisión Intersectorial Nacional de			

Determinantes de Salud. Es la instancia del Gobierno Nacional, que presidida por el Presidente de la República y conformada por los ministros de despacho, está encargada de evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizar el seguimiento de indicadores de salud. 18.Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud es una instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía decisoria; tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento de este. 19.Territorios focalizados. Las Direcciones Territoriales de Salud podrán, definir territorios focalizados o subdivisiones internas del territorio de su jurisdicción, para responder a las necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según las necesidades, propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento			

de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales conforme a los determinantes en salud que apliquen en su territorio. 20. Instancias Operativas. Las instancias operativas del Sistema de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente Ley. 21. Entidades Promotoras de Salud. Las entidades promotoras de salud son las entidades públicas, privadas o mixtas que ejercerán actividades de acuerdo a lo que disponga la presente ley y su reglamentación.			

Artículo 5°. Acción Estatal frente a los determinantes Sociales de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los Determinantes de Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio Parágrafo. Las acciones correctivas sobre los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas.	Artículo 15. Intervención en los determinantes sociales. La Nación y las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital son las responsables de la intervención de los determinantes sociales con incidencia en los riesgos en salud del individuo, las familias y la comunidad, en articulación con los diferentes sectores responsables del manejo de dichos determinantes. Así mismo, deben gestionar los riesgos colectivos de salud, de forma armónica y coordinada con las intervenciones que realizan las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Equipos Básicos de Salud, los individuos y las familias. La Comisión Intersectorial de Salud Pública deberá elaborar un plan anual de intervenciones en determinantes sociales de salud a partir de las recomendaciones que realice el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y las disposiciones que al respecto se establezcan en el Plan Nacional de		

	Desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales. La financiación del plan anual por los diferentes sectores responsables debe ser incorporada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo		

Artículo 6°. Determinantes sociales de la salud. De conformidad con el artículo 9 de la ley 1751 de 2015, son determinantes sociales de la salud los siguientes: 1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas. 2. Seguridad alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición. 3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas. 4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas 5. Medio ambiente sano. 6. Acceso al transporte. 7. Acceso a la educación y recreación. 8. Condiciones de vida digna y eliminación de la pobreza. 9. Ausencia de cualquier tipo de discriminación. 10.Convivencia y solución de conflictos por vías pacíficas. 11. Información accesible sobre cuestiones relacionadas con la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. 12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. 13. Enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género. 14.Los demás que tengan incidencia sobre la salud.		ARTÍCULO 4°. De los determinantes sociales en salud y su gestión intersectorial. El Consejo Nacional de Política Económica y Social Nacional, y los Consejos Departamental, Distrital y Municipal de Política Económica y Social adoptarán dentro de los tres meses siguientes a la expedición del correspondiente Plan de Desarrollo, la política de determinantes sociales en salud y gestión intersectorial para un periodo de cuatro (4) años, la cual en su estructuración deberá ser liderada por el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud y Protección Social o quienes en el nivel territorial desarrollen funciones afines. 6 Dicha política será revisada y ajustada cada dos años, en los términos y lineamientos que para el efecto defina el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud y Protección Social, que deberá incluir mecanismos de amplia divulgación de resultados, participación social e información pública.	

Parágrafo. Los determinantes de la salud no son taxativos, por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento en materia de derechos.			

Artículo 7°. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud. El Presidente de la República presidiera la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, integrada por todos los Ministros del gabinete, la cual deberá establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud. La Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud participará en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14 y 15 de la ley 152, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud. La Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud evaluará el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizará el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento. Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, en los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley reglamentará la Comisión			

Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud de la cual deberá ejercer la Secretaria Técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud deberá sesionar al menos una vez al año.			

Artículo 8°. Comisiones Departamentales, Distritales y municipales de Determinantes de Salud. Los Gobernadores y Alcaldes Distritales y municipales conformarán la Comisión de Determinantes de Salud en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los noventa (90) días a partir de la vigencia de esta ley. Tales comisiones revisarán la información epidemiológica departamental que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), el Consejo Territorial de Salud y su Secretaría Territorial de Salud para establecer los Determinantes a intervenir, analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS. Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41 de la			

Ley 152 de 1994 y en las evaluaciones de los planes territoriales. Parágrafo. Coordinación nacional y territorial. La Comisión intersectorial de orden nacional deberá informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, las comisiones de orden territorial informarán el desarrollo de la política en los territorios y las sugerencias de esta.			
CAPÍTULO III. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD		TÍTULO II GOBERNANZA Y ESTRUCTURA DEL SGSSSCAPÍTULO I. - RECTORÍA, GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN	

Artículo 9°. Rectoría y dirección del sistema. La rectoría del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y protección Social quien a tal efecto ejercerá la dirección del Sistema de Salud. La dirección del Sistema de Salud consiste en la formulación de las políticas, dirigir la actividad administrativa, llevar las iniciativas legislativas y ejecutar las disposiciones legales, desarrollar las políticas públicas de salud en el ámbito nacional y ejercer la coordinación sectorial. En el ámbito nacional le corresponde ejercer las competencias a cargo de la nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen. La dirección del Sistema de Salud a nivel departamental, regional, distrital y municipal, consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. La dirección del Sistema de Salud en el ámbito nacional será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud, en los términos de la presente Ley.		ARTÍCULO 5°. Rectoría y Gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá estar en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual dictará las políticas, estrategias y planes, protocolos, lineamientos y demás instrumentos necesarios, bajo las condiciones de participación prevista en el art 12 de la ley estatutaria 1751 de 2015 y aquellas que lo complementen y desarrollen orientados a la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud, al buen desempeño de todo el SGSSS y sus agentes, la transparencia y el buen uso de los recursos públicos y, en conjunto con los demás sectores, el goce efectivo del derecho fundamental a la Salud de toda la población.	

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, encargadas de la administración de los Fondos Territoriales de Salud, que ejercerán la función de autoridad sanitaria en el Territorio de Salud correspondiente en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.			

Artículo 10. Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud es una instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía decisoria; tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo. Composición. El Consejo Nacional de Salud estará conformado así: 1. Cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el ministro de Hacienda; el Ministro de Trabajo; el Director de Planeación Nacional y el Ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. 2. Tres (3) representantes de las Secretarías territoriales de Salud. 3. Dos (2) representantes del sector empresarial: uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones. 4. Dos (2) representantes de las centrales obreras. 5. Dos (2) representantes de las asociaciones campesinas. 6. Siete (7) representantes	CAPITULO II. GOBERNANZA Artículo 2. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créese el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para analizar, deliberar y recomendar la adopción e implementación de políticas públicas en salud relacionadas entre otros temas de interés como: el modelo de atención y prestación de los servicios de salud, los indicadores de medición de los resultados en salud, la calidad en la prestación de los servicios, las exclusiones del Plan de Beneficios, la financiación y sostenibilidad del Sistema, el valor de la Unidad de Pago por Capitación, de los pagos moderadores y de los incentivos a las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios, entre otros. Así mismo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá a su cargo el seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud, en cuanto al desempeño de los modelos, avance y	ARTÍCULO 6°. Asamblea Nacional de la Salud. Cada dos años en el mes de marzo el Ministerio de Salud y Protección Social, convocará a una Asamblea Nacional de Salud, en la que deberán participar activamente entre otros las comunidades, los usuarios, los pacientes, los agentes del sector salud, los organismos de control y las autoridades locales de todos los Departamentos y Distritos del país, con el objetivo de analizar el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y proponer ajustes a la política pública nacional, regional y local para su mejoramiento. Parágrafo: En los seis meses siguientes de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de salud y protección social, definirá el mecanismo de selección de cada uno de los representantes ARTÍCULO 7°. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, como órgano de	Artículo 1. Consejo Asesor del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Créase el Consejo Asesor del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un espacio consultivo de participación de las entidades que integran el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, de las entidades territoriales, de las organizaciones sociales y de las agremiaciones que tengan interés en las políticas públicas de salud. El Consejo Asesor del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará integrado por 3 representantes de los prestadores de servicios de salud, 2 representantes de las EPS, 1 representante de comunidades indígenas, 3 representantes de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, 2 representantes de los profesionales de la salud, 2 representantes de los usuarios del Sistema de Salud, 2 representantes de los gremios sectoriales y empresariales y 2 representantes de las

de las organizaciones de pacientes, uno por cada región sociocultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia). 7. Tres (3) representantes de comunidades étnicas: uno (1) de los pueblos indígenas, uno (1) de las comunidades afrocolombianas y uno (1) de la comunidad ROM. 8. Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad 9. Un (1) representante de las comunidades LGBTIQ+. 10.Una (1) representante de asuntos de la mujer y perspectiva de género. 11. Dos (2) representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud: uno estatal y uno privado. 12. Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno Nacional. 13. Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, entidad consultora del Gobierno Nacional. 14.Un (1) representante de la profesión de Enfermería. 15. Un (1) representante de las facultades de Ciencias de la Salud. 16.Un (1) representante de las facultades y programas de Salud Pública. 17. Un (1) representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud.	cumplimiento de metas y la sostenibilidad financiera del sistema, el acceso efectivo a los servicios de salud por toda la población, y en general la situación de salud del país. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud emitirá recomendaciones a la Comisión Intersectorial de Salud Pública sobre las necesidades de intervención de los determinantes sociales en salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social y estará conformado como mínimo por representantes de los siguientes sectores y Entidades: 1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina. 2. Un representante designado por el máximo órgano de administración de la Asociación de Sociedades Científicas. 3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 4. Un representante designado por las	dirección, verificación, participación y concertación del sector salud. Estará conformado por 15 miembros con voz y voto, la conformación será la siguiente: 1. El Ministro(a) de Salud y Protección Social, quien lo presidirá. 2. El Ministro(a) de Hacienda y Crédito Público o el viceministro que delegue. 3. El Ministro(a) de la Igualdad y Equidad. 4. El Director(a) del Departamento Nacional de Planeación. 5. Un representante de la academia, escogida por ASCOFAME. 6. Un representante de las sociedades científicas y escogidos en asamblea pública. 7. Un representante de las asociaciones de pacientes debidamente conformados y escogido en asamblea pública 8. Un representante de las asociaciones de usuarios del SGSSS escogido en asamblea pública 9. Un representante de secretarias de salud departamentales, escogido de forma pública y que se rotará anualmente	universidades que tengan facultades de ciencias de la salud. El Consejo se reunirá como mínimo 4 veces al año y ante el mismo se socializará la reglamentación que tenga prevista el Gobierno nacional antes de su expedición, con el propósito de recoger los comentarios y sugerencias que sus integrantes tengan sobre los proyectos de actos administrativos. La elección de los representantes de cada integrante del Consejo se hará conforme lo determine cada uno Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el funcionamiento del Consejo.

18.Dos (2) representantes de las demás organizaciones de trabajadores no médicos de la salud: Uno profesional y otro no profesional. 19.Un (1) representante de los pensionados. 20. Dos (2) representantes de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, uno estatal y uno privado. El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) formarán parte del Consejo con voz pero sin voto. Parágrafo 1. Elección de los miembros no gubernamentales. Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los 6 meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente se reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención	Asociaciones de Pacientes. 5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios. 6. Un representante de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud designado entre ellos por el mecanismo que definan. 7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud, designado entre ellos mismos por el mecanismo que definan. 8. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud públicos y mixtos, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen. 9. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen. 10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud públicas y mixtas designado por las agremiaciones y asociaciones que las congreguen. 11. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud privadas designado por las agremiaciones y	entre los secretarios de salud propuestos por las agremiaciones de entidades territoriales. 10.Un representante de secretarios de salud municipales, escogido de forma pública y que se rotará anualmente entre los secretarios de salud propuestos por las agremiaciones de entidades territoriales. 11.Un delegado de los prestadores de servicios de salud del sector privado. 12.Un delegado de los prestadores de servicios de salud del sector público. 13.Un representante de los Agentes gestores. 14.Un representante de los trabajadores de la salud, escogido de forma pública, que se rotará anualmente según postulación de las diferentes disciplinasgremios que participan en el sector. 15.Un delegado de los gremios, que se rotará anualmente, entre los diferentes gremios.	

Primaria Integrales Resolutivos en Salud. Parágrafo 2. El funcionario gubernamental que ejerza el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud, ocupará el cargo de la entidad en el Consejo Nacional de Salud. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años de participación en el Consejo Nacional de Salud, con posibilidad de postularse para su reelección por máximo un período. Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán viáticos y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento establecido por el mismo Consejo.	asociaciones que las congreguen. 12. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales. 13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado 14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado 15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado Parágrafo 1. Podrán ser invitados de acuerdo con los temas a desarrollar en las sesiones del Consejo; el Instituto Nacional de Salud - INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA, la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud – IETS y terceros expertos. Parágrafo 2. Para efectos de las discusiones relacionadas con las exclusiones del Plan de Beneficios, la financiación y sostenibilidad del Sistema, el valor de la Unidad de Pago por Capitación, de los pagos moderadores y de los incentivos a las Entidades Promotoras		

	de Salud y los prestadores de servicios, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá basarse en los estudios que presente Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud – IETS. Parágrafo 3. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en su primera sesión adoptará su propio reglamento de funcionamiento, en el cual deberá definir, como mínimo, sus funciones, la periodicidad de las sesiones, designar la secretaría técnica y la forma de registro de las sesiones, así como el mecanismo de publicidad de las actas de sesión		

Artículo 11. Funcionamiento. El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesión de manera extraordinaria por el ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una decisión o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. El Consejo Nacional de Salud podrá invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes por los temas a tratar. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.			

Artículo 12. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones: 1. Proponer al Ministro de Salud y Protección Social las políticas públicas nacionales de salud, en especial, de salud pública. 2. Proponer políticas orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto del Sistema de Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública de otros sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud, considerando enfoques transversales, estructurales e interseccionales de la salud, para el ámbito territorial y nacional. Dichas iniciativas serán presentadas ante el CONPES, el Departamento Nacional de Planeación y demás instancias intersectoriales, por el ministro de Salud y Protección Social. 3. Llevar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Velar por el buen funcionamiento del Sistema de Salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud. 5. Presentar		Artículo 8. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en SaludCNSSS. El CNSSS tendrá las siguientes funciones: 1. Recomendar y proponer al Gobierno Nacional y a los gobiernos territoriales, las políticas y estrategias a partir del análisis de situación de salud que anualmente presente el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Recomendar los contenidos del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI. 3. Aprobar el valor anual de la UPC. 4. Aprobar el valor anual de los recursos destinados a promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 5. Aprobar el porcentaje de los recursos de la UPC que se reconocerá a los Agentes gestores para ejercer las funciones a su cargo y el componente variable de pago por desempeño. 6. Aprobar el Plan de Beneficios y el mecanismo de pago de los servicios No PBS, conforme a las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS. 7. Excluir los servicios o tecnologías en el marco de los criterios establecidos por la	

semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes. 6. Adoptar su propio reglamento. Parágrafo 1. El ministro de Salud y Protección Social deberá argumentar frente al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social debe informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas cuatrienales que se hayan aprobado y de la ejecución de la política realizada cada año.		Ley Estatutaria de Salud, previo el procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente allí definido. 8. Recomendar al Gobierno Nacional criterios para la definición de tarifas en la prestación de servicios de salud derivadas del SOAT. 9. Reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. 10.Presentar ante las Comisiones Séptima de Senado y Cámara un informe anual de la evolución el del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 11.Darse su propio reglamento. 8 Parágrafo # 1. Los representantes del gobierno nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de dos años con posibilidad de postulación para reelección por un periodo. Parágrafo # 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá extender invitación a otros actores según su experticia técnica y/o social dependiendo del tema a tratar, quienes podrán	

		participar con voz, pero sin voto. Parágrafo # 3. El Ministerio de Salud y Protección Social presidirá el Consejo Nacional de Seguridad Salud y reglamentará su conformación y funcionamiento en los siguientes 6 meses a la sanción de la presente Ley	

Artículo 13. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tienen como objetivo, desarrollar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente. En estos Consejos además habrá un representante de los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud - CAPIRS de naturaleza pública, mixta y privada. Propondrán las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del Sistema de Salud y de sus recursos en el Territorio. En sus reuniones participará con voz, pero sin voto el representante de la Superintendencia Nacional de Salud del Territorio. El Consejo Departamental o Distrital de Salud deberá recomendar técnicamente la construcción del Plan Territorial de	Artículo 4. Consejos Regionales de Salud: Se crean los Consejos Regionales de Salud como órganos de concertación, coordinación y evaluación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud de los individuos, las familias y la comunidad que habitan en la Región para la Gestión Integral en Salud. Los Consejos Regionales de Salud estarán conformados por: 1. Los Directores de Salud de los Departamentos y Distritos que conforman la Región. 2. Un representante de los Directores de Salud de los Municipios que conforman la Región. 3. Un representante designado por las organizaciones sindicales. 4. Un representante designado por las Entidades Promotoras de Salud que operan en la Región. 5. Un representante designado por los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud de la Región. 6. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes de la Región. 7. Un representante designado por las		Artículo 21. Regionalización en el SGSSS. El Sistema de Salud deberá organizarse por regiones, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, partiendo del reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región, considerando los usos y costumbres de las comunidades étnicas en las entidades territoriales con presencia significativa de las mismas. El Ministerio

Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas. Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Universidades en el respectivo Departamento o Territorio, quienes deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.	Asociaciones de Usuarios de la Región. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá las reglas de organización y funcionamiento de los Consejos Regionales de Salud.		de Salud y Protección Social, en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación, con base en parámetros técnicos tales como vías de comunicación, condiciones de desplazamiento, indicadores demográficos y epidemiológicos, entre otros factores, determinarán la organización de las regiones, para lo cual deberá convocar a los departamentos y municipios que se requieran. Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud – SNS y de las entidades territoriales, deberán tener en cuenta la regionalización determinada según lo planteado en el presente artículo.

Artículo 14. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones: 1. Presentar al Consejo Nacional de Salud la política pública nacional de salud cada cuatro (4) años, para su concertación y recomendaciones. 2. Dirigir la ejecución, seguimiento, evaluación e implementación de la política pública cuatrienal desalud en todo el territorio nacional en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial. 3. Expedir las normas para la ejecución de la política de salud por parte de los agentes del sistema. 4. Presentar al Consejo Nacional de Salud iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Nacional de Salud para su consideración y recomendaciones. 5. Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud. 6. Diseñar y poner en marcha el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS. 7. Prestar la asistencia técnica al nivel territorial para garantizar la			

implementación del Sistema de Salud.			
Artículo 15. Asistencia técnica territorial. El ministro de salud y protección social convocará de manera periódica, cada cuatro (4) meses, los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad primordial, evaluar el desarrollo del Sistema de Salud y coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional conforme a las competencias de cada nivel de gobierno. Los directores departamentales de salud, convocarán de manera regular, un comité			

ejecutivo departamental, cada cuatro 4 meses, a los directores territoriales de salud de municipios y distritos, y que tendrán como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios y distritos.			

Artículo 16. Cooperación, coordinación, integración y articulación a nivel territorial. Las Direcciones Territoriales de Salud deben garantizar la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho a la salud de las poblaciones. Igualmente podrán asociarse para el manejo conjunto de zonas geográficas o territorios de salud con características comunes en términos ambientales, económicos, sociales, culturales, étnicos o comunicacionales.			Artículo 22. Fortalecimiento de la salud pública territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, expedirá un plan de fortalecimiento de la salud pública territorial, coherente y consistente con las demás herramientas de planeación territorial, el cual deberá partir de las necesidades territoriales particulares e implementar actividades de promoción de la salud con búsqueda activa de personas, prevención de la enfermedad, prestación de servicios, diagnóstico, rehabilitación y paliación, en el contexto de las rutas integradas de atención en salud definidas, a partir de los determinantes sociales y destinada a garantizar la integralidad y continuidad de la atención y con el fin de hacer más eficientes la utilización de los recursos. El plan de fortalecimiento se enfocará, a partir de la implementación de la estrategia de

			atención primaria, principalmente en la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, la atención de la población obstétrica e infantil, la atención integral en salud mental, la seguridad alimentaria, la calidad del agua para consumo humano, la accidentalidad vial, el tratamiento efectivo de enfermedades crónicas e infecciosas y las que se consideren pertinentes, con definición y establecimiento de indicadores de resultado, que permitan la generación de incentivos por gestión adecuada y oportuna.
Artículo 17. Territorios focalizados. Las Direcciones Territoriales de Salud podrán asociarse entre sí, definir territorios focalizados o subdivisiones internas del territorio de su jurisdicción, para responder a las necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según las necesidades, propiciar el desarrollo de la			

estrategia de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.			
Artículo 18. Instancias Operativas. Las instancias operativas del Sistema de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente Ley			
CAPÍTULO IV FUENTES, USOS Y GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD			

Artículo 19. Definición. El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre ciudadanos con alto y bajo ingreso. Los recursos aportados para la salud en la forma de cotizaciones o impuestos son de naturaleza pública, imprescriptibles e inembargables. La participación de los particulares está supeditada al cumplimiento de las obligaciones determinadas por la ley y las políticas para la prestación del servicio. Estos recursos serán sometidos a control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control en lo de su competencia y estarán sometidos al control social		ARTÍCULO 50°. Del crecimiento progresivo del gasto en salud en Colombia. El Gobierno Nacional, con la participación del Consejo Nacional de Salud, en los términos de lo dispuesto en el artículo 7° de la presente Ley, definirá un plan de mediano y largo plazo para el crecimiento progresivo de la proporción del Producto Interno Bruto (PIB) que la sociedad colombiana, a través del Estado, destinará al financiamiento de la garantía del derecho fundamental a la salud, considerando la transición demográfica, epidemiológica y el acceso a la innovación tecnológica.	

Artículo 20. Aportes. Según su condición socioeconómica, las personas y las empresas aportan a la financiación del Sistema de Salud mediante contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta; los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. Igualmente son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.		ARTÍCULO 51°. Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará una metodología de cálculo de la UPC de manera que tenga en cuenta mecanismos de ajustes de riesgos, condiciones geográficas y demográficas, adicionando indicadores que evalúen la suficiencia y la equidad de los recursos para la garantía del derecho de la salud. Parágrafo # 1. Esta metodología se discutirá previo a su reglamentación con el Consejo Nacional de salud, considerando especialmente indicadores del gasto del SGSSS y se explicarán los efectos de las decisiones de ajuste. Parágrafo # 2. El CNSSS, en coordinación con el Ministerio de Salud y protección Social y el Ministerio de Hacienda y crédito Público, deberá implementar los 24 mecanismos operativos y de planeación presupuestal y financiera para garantizar el giro oportuno a cada uno de los agentes del SGSSS.	

Artículo 21. Fondo Único Público de Salud. El Fondo Único Público de Salud, estará constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES, cuya inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos	CAPITULO VII. FLUJO DE RECURSOS Artículo 38. Giro directo de la Unidad de Pago por Capitación. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, conforme a los criterios establecidos en este artículo. La Superintendencia Nacional de Salud determinará mensualmente el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación que se transferirá por giro directo, teniendo en cuenta la morosidad de las cuentas por pagar de la Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, según corresponda, y de acuerdo con el detalle	ARTÍCULO 52°. Fondo para para la atención en salud zonas especiales y otras contingencias. En los Departamentos cuyas condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, desigualdad y difícil acceso, constituyan barreras de acceso para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, el Gobierno Nacional realizará asignaciones de recursos especiales que tendrán como objeto la financiación de servicios complementarios diferentes a servicios de salud, requeridos para garantizar el goce efectivo del derecho y en consonancia con los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública. Dichos recursos se recaudarán y administrarán en la ADRES, quien manejará e in informará de su ejecución sobre el Fondo Nacional de Compensación que se financiará pari passu con un 0,05% del recaudo de cotizaciones en Salud y con aporte de la nación del 0.05%. El Fondo Nacional de Compensación incluirá un subFondo o seguro para apoyar a los territorios en	

	de los Estados Financieros reportados por sus vigilados, conforme a las siguientes reglas: 1. Se tomará el valor total de la cartera vencida y no vencida a cargo de la Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, según corresponda, que se encuentre reportada ante la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se deberá reflejar en el módulo de cuentas en el Sector Salud dispuesto en el Artículo 56 de la presente Ley. 2. El valor de la Unidad de Pago por Capitación que será objeto de giro directo se determinará de forma porcentual sobre el valor total de la cartera vencida y no vencida a cargo de la Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, conforme a lo siguiente: a. El porcentaje de participación de la cartera con plazo vencido mayor a noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha límite de pago de la obligación, computará por el cien por ciento (100%) al cálculo del porcentaje de giro directo. b. El porcentaje de participación de la	situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres. También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general. La ejecución de dichos recursos será conforme lineamientos desarrollados por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	

	cartera con plazo vencido entre sesenta (60) y noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha límite de pago de la obligación, computará por el cincuenta por ciento (50%) al cálculo del porcentaje de giro directo. c. El porcentaje de participación de la cartera con plazo vencido entre treinta (30) y sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha límite de pago de la obligación, computará por el veinticinco por ciento (25%) al cálculo del porcentaje de giro directo. d. La cartera no vencida o con mora menor a treinta (30) días calendario no computará para el cálculo del porcentaje. 3. Realizado el cálculo anterior, el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación que será objeto de giro directo corresponderá a la sumatoria de los porcentajes definidos con base en los literales a), b) y c) del numeral 2 de este artículo. 4. La Superintendencia Nacional de Salud remitirá a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES un informe con el resultado del		

	cálculo establecido en este artículo, clasificando las facturas vencidas de acuerdo con su plazo de mora, para que la ADRES realice el giro directo del valor porcentual de la Unidad de Pago por Capitación determinado por la Superintendencia Nacional de Salud. 5. El informe elaborado por la Superintendencia Nacional de Salud debe ser de conocimiento público, garantizando en todo caso la protección de datos personales, datos sensibles y de los secretos empresariales. 6. Para el pago de las facturas a través del mecanismo de giro directo, se priorizará la cartera con mayor plazo de vencimiento desde la fecha límite de pago de la obligación, conforme a la postulación de facturas a la que se refiere el Artículo 39 de la presente Ley. Parágrafo 1. La información de este mecanismo será de consulta pública y deberá ser reportada en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial que trata el artículo 3 de la Ley 1966 de 2019. Parágrafo 2. Sin perjuicio de las		

	funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por las Entidades Promotoras de Salud, instituciones prestadoras y proveedores de tecnologías en salud, últimos responsables de estos procesos. Parágrafo 4. La Superintendencia Nacional de Salud determinará el procedimiento y los plazos para realizar los cálculos establecidos en este artículo y presentar los correspondientes informes a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES. **Artículo 39**. Postulación de cuentas para Giro directo de la Unidad de Pago por Capitación. Las Entidades Promotoras de Salud o Entidades Obligadas a Compensar, según corresponda, deberán presentar a la		

	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las facturas que serán objeto de giro directo, de acuerdo con las siguientes reglas: 1. Revisarán el total de las cuentas por pagar que tengan con los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud y los montos que no son objeto de pago por glosas no conciliadas u otras obligaciones no exigibles. 2. Determinarán la distribución del monto de los recursos entre los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud sin dar trato preferencial a vinculados económicos, dando prioridad a las cuentas de mayor antigüedad, de manera proporcional al valor de la deuda. 3. La postulación de las facturas se realizará de acuerdo con las condiciones técnicas y operativas para el reporte de la información determinadas por la ADRES, en la cual se debe incluir el detalle de las facturas que se están pagando. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad		

	Social en Salud - ADRES, deberá publicar en su página web y reportar en el Sistema de Información Financiera y Asistencial, dispuesto en el artículo 3 de la Ley 1966 de 2019, los giros efectuados, identificando la información de la factura y la fecha de pago, en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 1. Los registros contables de las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud deberán ser actualizados y ser consistentes con la información reportada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como la reportada y publicada en el módulo de cuentas en el Sector Salud dispuesto en el Artículo 56 de la presente Ley. Parágrafo 2. Solo se podrán postular a este mecanismo las facturas sobre las cuales ya haya finalizado el procedimiento de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Las		

	facturas postuladas para giro directo no podrán ser modificadas ni reemplazadas luego de su postulación.		

Artículo 22. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES, tiene por objeto garantizar el adecuado flujo y la administración y control de los recursos del Sistema de Salud. Le corresponde en especial administrar el Fondo Único Público para la Salud, los que financien el Sistema de Salud, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud: 1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo y en especial el Fondo Único Público para la Salud. 2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud. 3. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de acuerdo con el ordenador de gasto competente y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del		ARTÍCULO 53°. Mecanismos y estrategias de compra de tecnologías en el marco de eficiencias en el uso de recursos. El Gobierno Nacional definirá un Plan de Compra Estratégica en Salud, con el propósito de incrementar la eficiencia en la administración de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual contendrá instrumentos y elementos como el control de precios, compra centralizada, negociación centralizada, acuerdos de acceso administrado, mecanismos de agregación de demanda, entre otros. El plan estratégico, como mínimo, definirá los criterios que agrupen y priorice tecnologías de acuerdo con condiciones de oferta y demanda de manera que se ordenen y prioricen los mecanismos de compra estratégica más apropiada para el grupo de tecnologías. Parágrafo # 1. Los hospitales públicos se acogerán a los mecanismos de compra estratégica que defina el gobierno de acuerdo con la reglamentación que para tal fin defina el	

Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos. 4. Organizar los Fondos Regionales de Salud y las oficinas en cada departamento para la gestión de las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley. 5. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos. 6. Administrar la información propia de sus operaciones 7. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales. 8. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). 9. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley. 10. Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a las Instituciones Hospitalarias para el control, provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos. 11. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud. 12. Realizar los contratos para garantizar		gobierno nacional. Parágrafo # 2. El Gobierno Nacional deberá fijar un proceso de evaluación de efectos de la implementación de los mecanismos de compra estratégica de manera que se corrijan continuamente los posibles efectos en la disponibilidad de las tecnologías en el mercado interno.	

en el nivel nacional y a nivel desconcentrado, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas. Su régimen de contratación se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.			
Artículo 23. Recursos de la Entidad Administradora de Recursos del Sistema de Salud, ADRES. Los ingresos de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, 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 Entidad.			
Artículo 24. Administración de recursos por parte de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud le corresponde: 1. Realizar los giros de las asignaciones, según las prioridades en salud establecidas en la presente Ley, de los recursos que le corresponda. 2. Administrar los recursos parafiscales del orden nacional. 3. Los recursos provenientes de las cotizaciones para la seguridad social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes. 4. Los recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital. 5. Los recursos provenientes de las cotizaciones de los			Artículo 7. Giro directo. Modificar el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019, el cual quedará así: «ARTÍCULO 239. GIRO DIRECTO. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES en nombre de las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo hasta del 80% de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación - UPC de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a la prestación de servicios de salud, a todas las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores, de conformidad con las condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. También

pensionados. 6. Administrar los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad-Valorem con una tasa del 30%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado. 7. Los rendimientos financieros. 8. Los recursos que actualmente destinan las Cajas de Compensación al régimen subsidiado. 9. Administrar las demás cuentas del Fondo Único Público de Salud			aplicará el giro directo de los recursos de los presupuestos máximos, de acuerdo a las reglas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. PARÁGRAFO PRIMERO. La información de este mecanismo será de acceso público. PARÁGRAFO SEGUNDO. Sin perjuicio de las funciones de Inspección Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, la Adres realizará el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por prestadores de servicios en salud, las demás entidades obligadas a compensar, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, últimos responsables de estos procesos

Artículo 25. Aportantes al sistema de salud. Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas. Las cotizaciones al Sistema de Salud serán proporcionales al ingreso y constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal. Todo contrato laboral incluirá los costos de la cotización. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus aportes en salud ante los operadores autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo a cargo de la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.			

Artículo 26. Cotizaciones. Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1992 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al nuevo Sistema de Salud. Parágrafo 1º. No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del Sistema de Salud tales como copagos o cuotas moderadoras, ni se podrán establecer condiciones como preexistencias o exigir períodos mínimos de cotización o de carencia. Se exceptúa de esta norma la utilización de tratamientos hospitalarios y especializados no ordenados por los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud y no originados en una urgencia vital, en cuyo caso podrán cobrarse los copagos que reglamente el Ministerio de Salud. La continuidad de los tratamientos originados en una urgencia vital deberá ser autorizada por el respectivo centro de atención primaria, el que constatará si la institución es la idónea para atender el paciente y, de no ser así, la remitirá a una institución adecuada acorde a la red de la cual hace parte. Esta notificación se dará dentro de los primeros dos días hábiles para que el servicio pueda ser			

reconocido por los Fondos regionales y no dar origen a copagos. Parágrafo 2º. La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de los omisos e inexactos. La Entidad Administradora de Recursos de la Salud ADRES garantizará el sistema de liquidación, recaudo y cobro de las cotizaciones.			
Artículo 27. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones. El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorios al Sistema de Salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las			

obligaciones de pago de las contribuciones y cotizaciones al Sistema de Salud de las empresas, trabajadores o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional			
Artículo 28.Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR). La Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR) es determinada por la ADRES. Su función es recibir todos los aportes de cotizaciones en salud en todo el país. Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en el documento de identificación empresarial y ciudadana, según corresponda.			
Artículo 29. Cuentas y recursos administradas por la ADRES. La Entidad de Administración de Recursos de la Salud - ADRES, tiene las siguientes cuentas: 1. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) 2. Fortalecimiento Red Pública para la Equidad. Además de las cuentas administradas por la ADRES, le corresponde administrar los siguientes recursos: 1. Los destinados al control de			

problemas y enfermedades de interés en Salud Pública 2. Los destinados a formación en Salud 3. Las prestaciones económicas de los cotizantes 4. Los de destinación específica que a la fecha de expedición de la presente ley venía administrando con destinación específica.			
Artículo 30.Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES. Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son: Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son: 1. Cuenta Atención Primaria Integral en Salud 1.1. Fuentes • Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos para salud con destino a los municipios y distritos. El criterio de distribución será exclusivamente poblacional. • Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud. • Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljuegos municipal, que actualmente financian el Régimen Subsidiado.			

• Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones, de acuerdo con los criterios establecidos por las instituciones que aportan los recursos. • Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria. • Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud 1.2. Usos Los recursos de la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud se ejecutarán por giro directo mensual de la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Se destinarán a: • La financiación de los servicios de atención primaria, comprendiendo la atención básica en salud, la operación de los equipos extramurales de atención domiciliaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. • Los recursos de solidaridad serán presupuestados por el Ministerio de Salud con destino a los municipios y distritos para cofinanciar la Atención Primaria con			

criterio de equidad y serán girados por la Administradora de Recursos de Salud, ADRES, de acuerdo a la distribución específica que se decida, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud y los criterios establecidos en la presente ley. • Soluciones de transporte para garantizar, sin barrera alguna, la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales. • El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley. 2. Cuenta Fortalecimiento Red pública para la equidad. 2.1. Fuentes • Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas. • Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los			

departamentos al fortalecimiento de la red pública. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta cuenta del Fondo, con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas. • Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel Departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos. • Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios. 2.2. Usos • Aportes presupuestales para funcionamiento de las Instituciones Sanitarias del Estado atendiendo criterios de garantía de la prestación de los servicios, dispersión poblacional, perfil epidemiológico, necesidades de compensación de recursos por baja facturación. • Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria con el propósito de mejorar la oferta de servicios hacia las poblaciones con mayores barreras de acceso a los			

servicios. • El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. Parágrafo. Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo podrán ser reasignados en el transcurso de la vigencia fiscal, atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social, con el objeto de garantizar la eficiente asignación de los recursos, el servicio público esencial de salud y el derecho fundamental a la salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.			
Artículo 31. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el marco regulatorio para la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma. Recursos de Capital del Fondo			

Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud para el desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de su población.			
Artículo 32. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento en Salud que se actualizará entre 5 y 10 años, según sea el caso, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con los recursos de la Cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud.		CAPÍTULO IV INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD ARTÍCULO 42°. Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud Diferencial. En el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud del SGSSS, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará estándares y criterios diferenciales para la habilitación de prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, en zonas rurales o rurales dispersas, privilegiando la seguridad de las atenciones en salud de una forma razonable. ARTÍCULO 43°. Programa de mejoramiento en infraestructura, dotación y tecnología hospitalaria. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el Plan maestro nacional de inversiones públicas en salud. Dicho plan	

		contendrá los proyectos priorizados para la inversión pública, las zonas priorizadas para la inversión privada que, como incentivo, serán consideradas parte de la red pública para efectos de la contratación obligatoria porte de los Agentes Gestores. Los proyectos deben incluir integralmente infraestructura física, dotación, tecnologías de la información y comunicación en salud, talento humano, operación en red y asistencia en telemedicina. Para que las entidades territoriales realicen los proyectos priorizados no se requerirá concepto de viabilidad del orden Nacional. Los proyectos financiados con recursos de regalías seguirán para su viabilidad las reglas que apliquen del Sistema General de Regalías. La estructuración de los proyectos se realizará prioritariamente con la Banca de Segundo Piso. Los costos de la estructuración y diseño se incluirán en el proyecto. Parágrafo. Este programa promoverá la conformación de alianzas público-privadas que apalanquen los recursos financieros	

		necesarios para este propósito. ARTÍCULO 44. Fondo para el Desarrollo de los Hospitales Públicos. Créase un Fondo Nacional para el desarrollo y mejoramiento de la infraestructura de prestación de servicios de salud, cuyo propósito será financiar y promover el plan maestro de inversiones públicas en salud. Este podrá ser administrado por Banca de Segundo piso o por la ADRES y será financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación. ARTÍCULO 45°. Subsidio a la oferta de servicios de salud para zonas rurales y dispersas. Para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, en el marco del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en zonas rurales, rurales dispersas o de difícil acceso, el Gobierno Nacional reglamentará e implementará un programa financiero de subsidio a la oferta de servicios de salud, intra o extramurales, dentro de los dos años siguientes a la sanción de la presente Ley, para atender con suficiencia,	

		oportunidad y calidad las necesidades en salud de la población, bajo criterios de eficiencia en el uso de los recursos públicos. Parágrafo # 1. Los recursos asignados en el presente artículo deberán ser administrados en cuentas maestras en instituciones financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera. Parágrafo # 2. Este subsidio a la oferta estará condicionado al cumplimiento de indicadores de calidad, gestión administrativa, eficiencia, cobertura, entre otros, definidos por el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de salud y Seguridad Social. El cumplimiento estos indicadores será objeto de auditoría y verificación, por lo cual se autoriza a la ADRES a contratar una auditoría de cuentas especiales.	

Artículo 33. Fondos Territoriales de Salud. Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud, los cuales estarán constituidos por: 1. Transferencias del Fondo Único Público para la Salud. 2. Rentas de destinación específica para la salud de que trata la Ley 1393. 3. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) determinados por la Ley 715 que les corresponde. 4. Los recursos propios de los territorios para el financiamiento de la salud. La gestión y el uso de los recursos de los Fondos Territoriales de Salud cumplirán con los estándares de prestación de los servicios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.			
Artículo 34. Criterios de asignación para los Fondos Territoriales de Salud. Los criterios de asignación para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud serán los mismos del Sistema General de Participaciones (SGP): la equidad y la rentabilidad social. Una proporción de tales recursos se priorizará para aquellos que, respecto del promedio nacional, presenten peores indicadores en materia de: 1. Prevalencia de problemas y			

enfermedades de interés en salud pública. 2. Morbimortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud. 3. Mortalidad materna e infantil. 4. Cobertura de saneamiento básico y agua potable. 5. Incidencia de emergencias y desastres. 6. Oferta de servicios de salud.			

Artículo 35. Modificatorio del artículo 57 de la Ley 715. El artículo 57 de la Ley 715 quedará así: “ARTÍCULO 57. FONDOS DE SALUD. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. Los Distritos contarán con un fondo de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, con los recursos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, diferenciado del fondo para el desarrollo de la red pública hospitalaria y			

especializada. En los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán contabilizarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial. Los recursos para pagar los Servicios de salud del Sistema General de Participaciones, se contabilizarán sin situación de fondos y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza solidaria. Los Fondos Territoriales de Salud tendrán las subcuentas análogas a las del Fondo Único Público para la Salud, que exijan los servicios definidos en el modelo de atención			

establecido en la presente Ley. PARÁGRAFO 1o. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud. El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno reglamentará la materia".			
Artículo 36. Modificatorio del numeral 44.2. de la Ley 715. El numeral 44.2. de la Ley 715 quedará así; "44.2. De Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. Financiar la Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para			

mejorar los indicadores de salud.”			
Artículo 37. Modificatorio del artículo 43 de la Ley 715. Adicionar el Numeral 43.2.2. de la ley 715 el cual quedará así: “Los departamentos y distritos financiarán, con los recursos asignados por concepto de participaciones y rentas cedidas y de destinación específica para salud, así como con los recursos propios que asignen, el desarrollo de la red hospitalaria pública para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio.”			

Artículo 38. Modificatorio del artículo 47 de la Ley 715. El artículo 47 de la Ley 715 quedará así: "ARTÍCULO 47. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán a la atención primaria en salud y a los programas de salud pública, excepto los recursos destinados a los departamentos."			
Artículo 39. Fondo Departamental y Distrital de Salud. Los departamentos y distritos integrarán en el fondo departamental o distrital de salud los recursos que les asignen por diversas fuentes, las rentas cedidas, las contribuciones y transferencias provenientes de las primas del SOAT y los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar en su territorio, que hayan destinado hasta la fecha anualmente al régimen subsidiado en salud para los mismos fines de financiación establecidos en el artículo 43.3.2. de la Ley 715. Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 31, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos fondos Departamentales y			

Distritales de Salud en proporción inversa a la baja facturación de servicios prestados por razones de dispersión poblacional.			
Artículo 40. Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad. El artículo 50 de la Ley 715 quedará así: "ARTÍCULO 50. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud deberán distribuirse a los fondos regionales de acuerdo con las necesidades de cofinanciación para complementar los aportes per cápita necesarios para las intervenciones de mediana y alta complejidad en Salud de la totalidad de la población de la región. Anualmente la nación establecerá el per cápita para el			

aseguramiento social en salud para los servicios de mediana y alta complejidad de los fondos regionales para la vigencia siguiente, lo cual deberá reflejarse en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto.”			
Artículo 41. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará adecuando al sector las Regiones utilizadas por el DNP para el Sistema de Regalías de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas para garantizar el derecho fundamental de la salud de todos los habitantes. No obstante, podrán hacerse agrupaciones diferentes de los departamentos y distritos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, si fuere necesario, cuando la integración de tales	Artículo 3. Regiones para la gestión integral del riesgo en salud. La prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud y el aseguramiento estará organizado por regiones para la gestión integral del riesgo en salud. Corresponde al Gobierno Nacional determinar las regiones teniendo en cuenta los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socioeconómicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basada en la cercanía entre municipios o distritos de distintas tipologías; y iii) validación de divisiones territoriales basadas en las		

entidades tenga un mayor impacto o genere mayor equidad	diferencias de capacidades territoriales. El ámbito territorial de la operación de las Entidades Promotoras de Salud será determinado de acuerdo con las regiones definidas por el Gobierno nacional, incluyendo la totalidad de municipios que las conforman. Las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud serán conformadas para atender las necesidades en salud de la población de cada una de las regiones.		

Artículo 42. Fondo Regional de Salud. El Nivel Regional contará con un Fondo Regional Salud donde se ubicarán presupuestalmente los recursos que se le asignen por parte de la Administradora de Recursos de Salud - ADRES y formarán parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público de Salud. Los recursos de los Fondos Regionales de Salud, están constituidos por los recursos asignados por la ADRES, provenientes de la Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y la Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE), según corresponda, sin situación de fondos y serán administrados por un Consejo Administrador de Salud. Los fondos regionales de salud, están constituidos por los recursos asignados por la ADRES, provenientes de la cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE) y serán administrados por un Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud integrado por representantes de los empleadores, los trabajadores y el sector público en cada región. Los recursos de carácter parafiscal no harán parte del presupuesto nacional ni de los territoriales y comprenden los aportes de cotizaciones obligatorias a la salud			

provenientes de empresas, trabajadores, contratistas y rentistas de capital del respectivo territorio. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un per cápita para la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes. Para garantizar la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los ciudadanos entre las regiones, las cotizaciones obligatorias al Sistema de Salud, financiarán el valor per cápita de la totalidad de los residentes en el pais mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán en la cuantía necesaria con los recursos del Presupuesto General de la Nación a fin de garantizar la plena cobertura de la seguridad social pública y universal.			

Artículo 43. Consejos de Administración de los Fondos Regionales de Salud. El Consejo será responsable del buen manejo de los recursos de la seguridad social en la región. Y tendrá las siguientes funciones: 1. Evaluar trimestralmente la gestión de los recursos de los Fondos Regionales de Salud en el cumplimiento de los criterios de la Función Pública de que trata el artículo 209 de la Constitución Política y el Derecho Fundamental a la Salud. 2. Enviar las evaluaciones trimestrales al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a las autoridades territoriales que conforman la región, a los organismos de control y a las instancias de las organizaciones de la comunidad que corresponda. 3. Recomendar los ajustes a la red de servicios de mediana y alta complejidad en la región. 4. Hacer una evaluación trimestral de los servicios prestados. 5. Evaluar la suficiencia y pertinencia de las actividades y recursos ejecutados, de los objetivos y metas alcanzadas en términos de indicadores de calidad de la prestación de servicios. 6. Garantizar los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de la operación de la red de servicios de cada			

Región. El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud estará integrado por tres representantes de los empleadores, tres representantes de los trabajadores, dos representantes del Gobierno Nacional, delegados por los Ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público y un representante de los Gobernadores y Alcaldes Distritales de la Región. El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud y este a los respectivos subgerentes del Fondo Regional en cada departamento y distrito, funcionarios de libre nombramiento y remoción que deben cumplir para su posesión los requisitos que establezca el Gobierno Nacional. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de elección de los representantes de los empleadores y de los trabajadores. El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud dispondrá del apoyo de una Unidad Técnica especializada en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio, cuyos gastos estarán a cargo del Fondo Regional de Salud.			

Artículo 44. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán las siguientes funciones: 1. Ejercer las funciones que garanticen el cumplimiento de las competencias en salud atribuidas a la entidad territorial en la Ley 715. 2. Recaudar los recursos constitutivos del Fondo Territorial de Salud. 3. Gestionar los recursos de las cuentas del Fondo Territorial de Salud conforme a las normas para su manejo. 4. Proponer al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cuatro (4) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud. 5. Organizar el presupuesto para el cierre financiero del presupuesto de los hospitales de mediana y alta complejidad, uniendo las tres fuentes de financiamiento y someterlos a aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social cuando corresponda a fuentes de financiación nacionales. 6. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y las que			

le corresponda al interior del Sistema de Riesgos Laborales. 7. Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.			

Artículo 45. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como organismos o como dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos. Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales entre 100.000 y hasta 1.000.000 de habitantes. Para la conformación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, en las zonas dispersas de los Departamentos se tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley 1751, caso en el cual se harán los convenios entre departamentos o entre distritos y departamentos a fin de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en zonas especiales. Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de			

salud en su área de influencia. Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.			

Artículo 46. Consejo de Planeación y Evaluación en Salud. Las Direcciones departamentales y distritales de Salud organizarán un Consejo de Planeación y Evaluación en Salud, encabezado por el director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planificación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de las Universidades que deseen participar y que impartan programas académicos de administración en salud y/o salud pública, y delegados de la sociedad civil. Harán parte del mismo, representantes de las organizaciones de la comunidad. Le corresponde al Consejo de Planeación y Evaluación en salud Departamental o Distrital: 1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes para garantizar la atención oportuna de los habitantes en las distintas zonas del respectivo territorio, sus deficiencias y fortalezas. 2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación sistemas de referencia y transporte de pacientes. 3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de			

mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio. 4. Proponer los estándares de calidad para el funcionamiento de la Red de Servicios y los sistemas de referencia y transporte de pacientes. 5. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, al Fondo Regional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las universidades públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS.			

Artículo 47. Contratación y autorización de pago de servicios. El Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, será un funcionario de la ADRES, contratará los servicios de salud y demás requerimientos para el cumplimiento de su labor en el nivel regional, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias y ambulatorias, públicas, privadas o mixtas, que se integren a la red de servicios del territorio, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional para el Sistema de Salud. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud, modulará la oferta de los servicios, buscando obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de recursos públicos del sistema de salud. El Fondo Regional de Salud llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, la patología y otras variables de relevancia, a fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada			

territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud. El nivel Regional dispondrá de oficinas departamentales de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas en cada distrito y capital de departamento de la Región. Cada oficina departamental o distrital contará con una dependencia de auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Sistema Único Público de Información en Salud. El Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social de Salud organizará un sistema contratado de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red de servicios en la región. Sus informes se gestionarán a través del Sistema Único			

Público Integrado de Información en Salud. De encontrarse irregularidades graves en la facturación de los servicios de una institución hospitalaria o ambulatoria pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. En tal caso las Direcciones Territoriales deberán contratar una auditoría independiente integral a dicha institución, bajo los mismos parámetros establecidos para las auditorías integrales aleatorias a cargo de los Fondos Regionales. La dirección del Sistema de Salud a través de la fijación de tarifas únicas y obligatorias para la prestación de servicios de salud, modulará la oferta de los servicios. La Administradora de Recursos para la Salud - ADRES, realizará auditorías independientes sobre el manejo de los Recursos del Fondo de Seguridad en Salud y la Gerencia Regional.			

Artículo 48. Aportes de solidaridad. Los aportes de solidaridad provenientes de las cotizaciones, incluidos los provenientes de regímenes especiales, deberán ser distribuidos por el Consejo de Administración del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud entre los municipios de la región para fortalecer la atención primaria, con criterios de equidad y oídas las recomendaciones de los Consejos Departamentales de Planeación y Evaluación en Salud.			
Artículo 49. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud. Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores. En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial. La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se			

establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía. Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.			
Artículo 50. Cobertura de atención del Sistema de Salud. La Atención en salud comprende la prestación de servicios y tecnologías en salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la atención de la enfermedad, la rehabilitación y la paliación, con excepción de los servicios y tecnologías en salud que obedezcan a los criterios legales de exclusión.			

Artículo 51. Acceso a los servicios de salud. Conforme a los artículos 13 y 86 de la Constitución Política, toda persona nacional o extranjera podrá solicitar la atención en salud a las entidades prestadoras de servicios de salud. Se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud a quien lo solicite. A los extranjeros con residencia temporal y a los turistas, se les exigirá un seguro de salud contra el cual los Fondos Regionales de Salud puedan generar recobros por los servicios prestados.			

Artículo 52. Calidad del servicio de salud. La calidad del servicio de salud es la materialización efectiva de las condiciones institucionales para el goce y disfrute del más alto nivel posible de la salud, la cual exige idoneidad profesional, disponibilidad de los recursos de atención, aceptabilidad de las intervenciones en salud, accesibilidad sin barreras de acceso a los servicios bajo los principios de equidad, solidaridad, universalidad, oportunidad, integralidad y humanización. La calidad es una garantía de la atención en salud de todas las personas. Las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las instituciones de prestación de servicios seguirán vigentes. Así mismo el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de garantía de la calidad de las Redes Integradas e Integrales de servicios de salud.		ARTÍCULO 26°. Sistema Integral para la Calidad en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará un Sistema Integral para la Calidad en Salud, en reemplazo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), el cual promoverá la competencia por calidad de los distintos agentes, la eficiencia, la innovación social en salud, el mejoramiento continuo progresivo y escalable, los resultados en salud de proceso y resultado, entre otros elementos. Parágrafo. El Gobierno Nacional dispondrá de una fuente de recursos financieros específica para el mejoramiento de la calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Artículo 17. Política Nacional de Calidad en la Atención en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley, actualizará la Política Nacional de Calidad en Atención en Salud, la cual deberá incluir, como mínimo, aspectos relacionados con humanización, accesibilidad, oportunidad, eficiencia y centrada en las necesidades y expectativas de los usuarios. La política deberá incluir adicionalmente la determinación de indicadores de mejoramiento de la calidad, con metas definidas a corto, mediano y largo plazo y la generación de incentivos para los actores del sistema. Artículo 19. Política de humanización en la atención en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, dentro del año siguiente a la promulgación de la presente ley, la expedición de una Política de humanización en la atención en salud, la cual deberá ser coherente con el Plan Nacional de Calidad en la Atención en Salud,

			dirigida a mejorar la atención de las personas que son atendidas por los diferentes actores del SGSSS, con énfasis en la población en condiciones de vulnerabilidad y considerando las necesidades y con direccionamiento final a lograr accesibilidad y calidad en la atención. Esta política deberá contar con indicadores de proceso y resultado e impacto y a partir de la evaluación de los indicadores, se generarán incentivos, con el fin de continuar en el proceso de mejoramiento continuo. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el proceso de inspección, vigilancia y control en la implementación de las acciones determinadas en la política de humanización e implementará las acciones que considere pertinentes. Artículo 20. Eliminación de las barreras de acceso por trámites para autorizaciones, programación y priorización de citas. En desarrollo de la Política

			Nacional de Calidad de la Atención en Salud y de la Política de Humanización en la Atención en Salud, las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud, deberán eliminar los trámites a cargo de los usuarios, para la programación y priorización de citas, las autorizaciones de procedimientos, la entrega de medicamentos, y cualquier otra actividad que dificulte el acceso a los servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, en máximo un (1) año después de promulgada la presente ley, los indicadores de proceso y resultado que serán implementados para el procedimiento de evaluación de las condiciones de ingreso y permanencia de la habilitación de los prestadores de servicios de salud y aplicarán la normatividad vigente para las entidades territoriales. La Superintendencia Nacional de Salud evaluará el resultado de estos indicadores y el no cumplimiento de las metas de

			los mismos, será causal de las sanciones que se consideren.

Artículo 53. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y forman parte integrante del Sistema de Salud	Artículo 18. Funciones y responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la Gestión Integral del Riesgo en Salud. En el marco de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, además de las funciones propias de la prestación del servicio, le corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: 1. Garantizar la adecuada aplicación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, guías y protocolos definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Garantizar el diagnóstico y tratamiento adecuado de la población atendida, soportado en la evidencia científica y de acuerdo con el principio de pertinencia. 3. Realizar una adecuada gestión clínica que permita obtener resultados en salud para la población a su cargo. 4. Entregar la información necesaria para la adecuada Gestión Integral del Riesgo en Salud a las Entidades Promotoras de Salud y a las Entidades Territoriales.		

Artículo 54. Entidades Promotoras de Salud. Las entidades promotoras de salud que cumplan las disposiciones técnicas que establece está ley y las normas de inspección, vigilancia y control podrán ejercer las siguientes actividades entre otras: 1. Crear y administrar Centros de Atención Primaria en Salud de los territorios asignados después de la territorialización dispuesta en esta ley. 2. Administrar los sistemas de referencia y contrarreferencia de las personas vinculadas a sus Centros de Atención Primaria en Salud. 3. Realizar o ejecutar las auditorías contratadas que requiera el Sistema de Salud.	Artículo 17. Funciones y responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud en la Gestión Integral del Riesgo en Salud. Las Entidades Promotoras de Salud son responsables de la Gestión del Riesgo Individual en Salud de la población a su cargo; para ello, además de las funciones propias del aseguramiento, le corresponde realizar, como mínimo, lo siguiente: 1. Caracterizar la población a su cargo, identificando los riesgos en salud de cada individuo. 2. Identificar, clasificar y agrupar los riesgos en salud de la población de acuerdo con su caracterización. 3. Determinar las acciones para el manejo integral de las necesidades en salud de la población a su cargo, minimizar la mayor incidencia y severidad no evitable de la enfermedad, así como minimizar los riesgos que se puedan derivar de la atención. 4. Responder por la implementación y monitoreo de las acciones determinadas conforme al numeral 3 de este artículo. 5. Contar con un modelo de atención que permita dar una		Articulo 12. Equilibrio en las relaciones contractuales de las EPS con las IPS. Las EPS podrán participar en la prestación de los servicios de salud, desde la atención primaria hasta la alta complejidad, en un porcentaje no mayor al 30% del valor del gasto en salud. En todo caso debe mantenerse el equilibrio contractual entre EPS e IPS en igualdad de condiciones, se trate de red propia o de terceros, para asegurar que las condiciones de contratación, tarifas y oportunidad de pago sean equivalentes en todos los casos. La contratación entre EPS y su red propia deberá ser auditada por un ente auditor independiente y reportada ante la Superintendencia Nacional de Salud.

	respuesta integral a los riesgos identificados, de forma articulada y coordinada con las Entidades Territoriales del orden Departamental o Distrital, según corresponda; en este modelo se deben contemplar la redes integrales e integradas de prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud. 6. Asumir los efectos positivos y negativos del riesgo financiero derivado del manejo integral de las necesidades en salud de la población a su cargo. **Artículo 68.** Acreditación de Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Gobierno nacional reglamentará el proceso y las condiciones para la acreditación de las Entidades Promotoras de Salud que estén autorizadas para operar el aseguramiento. El procedimiento de acreditación debe ser voluntario para las Entidades Promotoras de Salud y no podrá condicionar la obtención de la autorización para operar el aseguramiento por		

	parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Los requisitos de acreditación deben ser diferentes a las condiciones de habilitación y permanencia que se le exigen a las Entidades Promotoras de Salud. En dicha reglamentación, el Gobierno nacional deberá establecer los incentivos económicos y no económicos para las Entidades Promotoras de Salud que obtengan la acreditación.		
CAPITULO VI. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – ISE			

Artículo 55.Naturaleza. La prestación de servicios de salud por la Nación y por las entidades territoriales tendrán carácter social, se hará a través de Instituciones de Salud del Estado– ISE hospitalarias o ambulatorias, constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.			
Artículo 56. Artículo 56. Objeto. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado -ISE, será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado. Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.			

Artículo 57.Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE, se agruparán por niveles de baja, mediana y alta complejidad, y operarán en redes integrales e integradas de Servicios de Salud en los términos definidos en la presente ley. Para determinar las tipologías y niveles de las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se deberán tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios: 1. La relación geográfica entendida como la cercanía al lugar de residencia y los entornos de la población. 2. La caracterización epidemiológica de la población. 3. Los lineamientos de política de oferta de servicios específicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las estimaciones de demanda de requerimientos de la población. 4. El portafolio de servicios de salud. 5. El personal sanitario requerido. 6. Los costos de funcionamiento e inversión. El Gobierno Nacional reglamentará las tipologías y niveles de complejidad y clasificará las Instituciones de Salud del			

Estado ISE de acuerdo con este reglamento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas, por cada tipología institucional y de servicios de salud. Los Departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por ordenanza o acuerdo municipal, de acuerdo con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizadas en red integral. Los departamentos que en la actualidad tienen hospitales públicos configuradas en red, creadas por ordenanzas, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el Sistema de redes integradas e integrales de prestación de servicios. La creación de Instituciones de Salud del Estado, ISE se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto			

establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.			

Artículo 58. Régimen jurídico. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se someterán al siguiente régimen jurídico: 1. En su denominación se incluirá la expresión " Instituciones de Salud del Estado – ISE". 2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5º del Decreto 111 de 1996 a cuyo efecto las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas en esta materia a las Instituciones de Salud del Estado. 3. Podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales. 4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.			

Artículo 59. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se elaborará teniendo en cuenta: 1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE. 2. El portafolio de servicios de acuerdo con la tipología y nivel. 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. 4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda. 5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE, y los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) se regirán por presupuestos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios de salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso la Administradora de Recursos para la Salud ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el			

presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.			

Artículo 60. Artículo 60. Aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado de Mediana y Alta Complejidad. Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se deberá adelantar el siguiente trámite: 1. En el mes de julio de cada vigencia el director presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración. 3. De acuerdo con la Dirección de Salud Territorial se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto. 4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado -ISE por parte del nivel			

Nacional se examinará su coherencia financiera previo análisis de conveniencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestarias. 5. Una vez aprobado, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado – ISE para su ejecución. Parágrafo: Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.			
Artículo 61. Giro de los recursos. Los recursos que financian el presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado– ISE para financiar los servicios de salud, distintos de la venta de servicios a los Fondos Regionales, serán girados por el Adres y los fondos departamentales de salud, según corresponda. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado– ISE darán			

prelación a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a la misma y demás gastos de personal.			
Artículo 62 Operación en redes integrales e integradas. Para que las Instituciones de Salud del Estado - ISE operen en redes integrales e integradas, contarán con el acompañamiento, apoyo y monitoreo del Consejo de Planeación y Evaluación en Salud Departamental o Distrital de las redes integrales e integrad			

Artículo 63. Régimen de contratación. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de compras coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los mismos y facilitar el acceso de la población a estos. El Ministerio de Salud y Protección social, coordinará con Colombia compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado del nivel territorial. Las compras de los insumos, dispositivos, tecnologías y			

medicamentos de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) de naturaleza pública, se realizarán a través de los hospitales de servicios de mediana o alta complejidad de los territorios que corresponda, o mediante asociaciones entre las instituciones públicas de salud. Las compras conjuntas deben ser mayoritarias, según los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.			
Artículo 64. Órganos de dirección y administración. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.			

Artículo 65. Integración del Consejo Directivo. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE de orden territorial estará integrado de la siguiente manera: 1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá. 2. El Secretario de Salud o Director de Salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud. 4. Dos (2) representantes profesionales de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. Parágrafo 1°. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de los Consejos Directivos de las Instituciones de Salud del Estado - ISE en más de dos ocasiones. Parágrafo 2°. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a			

votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado - ISE, se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo. Parágrafo 3°. Servidores públicos miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos. Parágrafo 4°. Calidad de los miembros del Consejo Directivo. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia, entendiendo que se hacen extensivas a las Instituciones Hospitalarias Estatales – ISE, las que correspondían a las Empresas Sociales del estado.			

Artículo 66. Artículo 66. Requisitos para el cargo de director de Instituciones de Salud del Estado-ISE. Para el desempeño del cargo de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se deberán acreditar los siguientes requisitos: 1. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de baja complejidad. Para el desempeño del cargo de director de Institución de Salud del Estado – ISE de servicios de baja complejidad en salud, se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por la Ley 617 y la ley 136 de 1994, y demás normas que la modifiquen o adicionen. 2. Para la categoría especial y primera se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, economía y administración; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de dos (2) años en el sector salud. 3. Para la categoría segunda se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, economía y			

administración; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. 4. Para las categorías tercera, cuarta, quinta y sexta se exigirá como requisitos, título profesional en el área de la salud y experiencia profesional de un (1) año, en el sector salud. 5. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de servicios de salud de mediana complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para ocupar este cargo son: Título profesional en áreas de la salud, económicas o administrativas; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud u otro en el área de la administración en salud; y experiencia profesional de tres (3) años en el sector salud de los cuales dos (2) años deben corresponden a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud. 6. Director de Institución de Salud del Estado -ISE de servicios de salud de alta complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para el desempeño de este cargo son: Título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud y			

título de posgrado en economía, administración o afines; o Título profesional en el área de conocimiento de ciencias económicas o administrativas, y título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria o administración en salud. Y experiencia profesional de cuatro (4) años en el sector salud de los cuales tres (3) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud. 7. El empleo de director de Institución de Salud del Estado - ISE será de dedicación exclusiva y de disponibilidad permanente; el título de postgrado, no podrá ser compensado por experiencia de cualquier naturaleza.			

Artículo 67. Artículo 67. Provisión del empleo de director. La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se efectuará por la respectiva autoridad nominadora, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley. El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará periódicamente una lista de aspirantes en orden alfabético de acuerdo con el reporte que le remitan las Instituciones de Educación Superior y el Departamento Administrativo de la Función Pública respecto de los aspirantes que acreditan haber realizado el curso de Administración Hospitalaria y la prueba de competencias, respectivamente. La periodicidad de las pruebas y los parámetros requeridos para las pruebas, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La lista de aspirantes al empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, tendrá una vigencia de			

cinco (5) años. Se determinará un nivel o puntaje mínimo para dirigir instituciones de baja, mediana y alta complejidad. Las entidades territoriales no podrán nombrar directores que no certifiquen haber obtenido en los últimos cinco años el nivel mínimo requerido para la institución respectiva, según su complejidad. Los Cursos de Administración Hospitalaria válidos para el proceso de provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, serán los impartidos por las instituciones de Educación Superior que cumplan con los requisitos y lineamientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.			

Artículo 68. Educación continua y actualización en administración hospitalaria. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, privadas y mixtas deberán realizar un curso de actualización en Administración Hospitalaria cuando cumplan dos (2) años de servicio continuos o discontinuos en el cargo. Los eventos académicos de educación continuada y actualización en Administración Hospitalaria serán diseñados teniendo en cuenta los avances en la ciencia de la administración pública, la reingeniería del gobierno, la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud centrados en las personas y las comunidades, así como la responsabilidad en el manejo técnico misional, presupuestal y financiero de la entidad, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección. Serán financiados por la respectiva Institución Sanitaria, ya sea pública, privada o mixta. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Escuela Superior de Administración Pública, convendrá y estructurará los planes y programas de formación, asistencia técnica y capacitación,			

para el desarrollo de las capacidades institucionales que exija la implementación del Sistema de Salud.			
Artículo 69. Causales especiales de retiro del director. Serán causales especiales de retiro del director la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exijan o por evaluación insatisfactoria de acuerdo al procedimiento que determina la ley 1438 que se entenderá aplicable en reemplazo de las Empresas Sociales del Estado a las Instituciones de Salud del Estado-ISE de que trata la presente Ley y demás normas que la modifiquen o sustituyan			

Artículo 70. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento: 1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión. 3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. 4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de			

plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado.			

Artículo 71. Artículo 71. Evaluación del plan de gestión del director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso: 1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. 3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación. 4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso			

de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles. 5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal obligada para el nominador de retiro del servicio del director, para lo cual el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firmeza del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley. 6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.			

Artículo 72. Artículo 72. Régimen Laboral. Para todos los efectos legales, los servidores públicos con funciones de dirección, conducción, orientación y asesoría institucional cuyo ejercicio implica la adopción de políticas o directrices o los de confianza que estén al servicio del director general de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, se clasifican como empleados públicos de libre nombramiento y remoción. Los servidores públicos que tengan la calidad de empleados públicos se vincularán mediante nombramiento del director general y su régimen legal será el establecido por la Ley 909 de 2004 y las normas pertinentes y complementarias, propias de tales empleados en lo que no riña con la presente ley. Los demás servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE y de las Instituciones mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, serán de régimen especial, quienes tendrán el carácter de trabajadores estatales de la salud y estarán sometidos al régimen laboral propio establecido en la presente ley. Son normas especiales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del			

Estado- ISE, las siguientes: 1. Los trabajadores estatales de la salud serán vinculados mediante contratos de trabajo suscritos por el director, por término definido o indefinido, por obra o labor y se regirán por lo dispuesto en la presente ley, lo pactado en el contrato de trabajo y en el reglamento interno. La vinculación se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y la evaluación de las competencias, de lo cual se dejará evidencia. 2. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de trabajadores estatales de la salud requerido para la prestación de servicios, de acuerdo con las tipologías de institución prestadora de servicios de salud que determine el gobierno nacional. 3. En materia de la jornada laboral, los trabajadores estatales de la salud de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 o por las normas que la modifiquen, adicionen o			

sustituyan; el Consejo Directivo señalará la manera como se dará cumplimiento a la jornada laboral en donde se tendrá en cuenta la naturaleza del cargo o actividad, la intensidad horaria y su cumplimiento por áreas de servicio. 4. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes y con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992; la de los trabajadores estatales de la salud la fijará el Consejo Directivo de la respectiva institución, para lo cual tendrá en cuenta los parámetros que para su efecto fije el Gobierno Nacional. 5. A los trabajadores estatales de la salud se les aplicará las previsiones que en materia de negociación colectiva aplica a los empleados públicos de la rama ejecutiva nacional, para lo cual deberá observarse lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley 4 de 1992 y demás normas pertinentes. 6. En lo relacionado con la administración del personal, a los trabajadores estatales de la salud les serán aplicables en lo pertinente las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.			

7. El retiro para los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se dará por las causales legales señaladas por la Ley 909 de 2004; para los trabajadores estatales de la salud lo serán por las mismas causas, por la terminación de la obra o labor o el cumplimiento del término pactado o por razones disciplinarias, y en caso de supresión del cargo se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la modifiquen o sustituyan. 8. Los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE estarán sometidos al régimen disciplinario único fijado por la Ley 1952 y las normas que la modifiquen o complementen.			

Artículo 73. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial al momento de entrada en vigencia de la presente ley conservarán el carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, momento en el cual continuarán laborando, sin solución de continuidad y sin que en ningún momento se desmejoren sus condiciones laborales. Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales al momento de expedición de la presente ley, conservarán esta vinculación, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los mismos y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE. Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria, así como los empleados públicos que sean incorporados			

automáticamente a la nueva planta de personal y su relación sea ajustada al nuevo régimen, se computará para todos los efectos legales, con el tiempo servido en la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad. Parágrafo 1. Los procesos de selección que se encuentren en curso a la entrada de vigencia de la presente ley, para proveer empleos de carrera de los empleados de las Instituciones de Salud del Estado -ISE culminarán, pero el uso de las listas de elegibles resultantes se entenderá que serán usadas bajo el nuevo régimen y por tanto no se usarán para proveer empleos de carrera administrativa sino excepcionalmente y por una vez, para los contratos de trabajo de régimen especial de que trata la presente Ley y según las necesidades del servicio y su sostenibilidad financiera. Parágrafo 2. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE. Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado-ISE respetarán los derechos adquiridos por los trabajadores estatales de			

la salud en materia salarial y prestacional; derivados de la ley, los acuerdos laborales o la convención colectiva de trabajo. En todo caso no podrá haber desmejoramiento de las condiciones laborales. Parágrafo 4. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los trabajadores estatales de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.			
Artículo 74. Artículo 74. Sistema de Control Interno. Las Instituciones de Salud del Estado–ISE establecerán y aplicarán un sistema de control interno en los términos establecidos en la Constitución Política, en la Ley 87 de 1993, sus normas complementarias y las que defina el Consejo Directivo para su adecuado funcionamiento.			

La designación del Jefe de la Oficina de Control Interno se hará de conformidad con lo señalado por las Leyes 87 y 1474 y demás disposiciones que le modifiquen, adicionen o sustituyan.			
Artículo 75. Entidad de Salud del Estado Itinerante - Hospital Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, con densidad de población vulnerable y de difícil acceso operará la Entidad de Salud del Estado Itinerante bajo la figura de Hospital Itinerante, que presta atención básica y especializada; operará con el soporte logístico de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y de las Patrullas Aéreas Colombianas. Los hospitales itinerantes, serán financiados por fondos provenientes de los fondos territoriales de salud y recursos del Fondo Nacional de Regalías; su programación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección social y se hará trimestralmente para garantizar la cobertura y seguimiento periódico de sus actividades en todo el territorio nacional. Parágrafo. La participación de la sociedad civil en el			

Hospital Itinerante a través de los pilotos privados que integran las Patrullas Aéreas será reconocida por el Estado colombiano mediante exención de parte de los impuestos correspondientes a cada aeronave inscrita que participe activamente en el programa.			
CAPÍTULO VII.REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD-RIISS	CAPITULO V. PRESTACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD		

Artículo 76. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS, entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales deberán presentar resultados clínicos por el estado de salud de la población a la que sirve. Los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se dispensarán por las Redes integradas e integrales con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Las instituciones que conforman las redes integrales e integradas están obligadas a informar continuamente y en tiempo real su actividad a través del Sistema Público Único de Información en Salud – SPUIS y rendir periódicamente cuentas al Estado y a la sociedad, en el marco de los principios del Sistema de Salud. Las redes integrales e	Artículo 20. Redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la capacidad de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, públicos, privados y mixtos, que operen en cada una de las Regiones, los cuales deberán ser contratados por las Entidades Promotoras de Salud al conformar las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud para la gestión en salud de su población afiliada. Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social debe atender los siguientes criterios: 1. Comportamiento epidemiológico en las regiones. 2. Las prioridades de los Planes Territoriales de Salud de las entidades territoriales que conforman las regiones para la gestión integral del riesgo en salud. 3. Racionalidad de los servicios y oportunidad de la atención, bajo los principios de	ARTÍCULO 15°. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud. Se entenderá por redes integrales e integradas, los prestadores de servicios de salud que sin necesidad de fusionarse actúan de manera coordinada, articulada y en red para la prestación de servicios de salud. Las Entidades Territoriales de Salud, en el marco de sus competencias de dirección y coordinación, según lo establecido en la Ley 715 de 2001, definirán las necesidades y gestionarán suficiencia de red dentro de su jurisdicción, en el continuo de la atención desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la recuperación de la salud, la rehabilitación, la paliación y el buen morir, identificadas por medio del Análisis de Situación de Salud y el perfil epidemiológico del territorio, para lo cual formularán un Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud (PETIS) cada 4 años, cuya ejecución deberá ser revisada	

integradas de servicios son: 1. Redes de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS. 2. Redes de servicios especializados ambulatorios. 3. Redes de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria. 4. Redes de urgencias médicas y odontológicas. 5. Redes de rehabilitación. 6. Redes de laboratorios. 7. Redes integrales de apoyo en materia de vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares y mecanismos para la conformación de las redes integradas e integrales de servicios en los territorios de salud, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las mismas en los territorios de salud que se definan. La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria. Parágrafo 2. La reglamentación técnica y operativa de los sistemas de tecnología de la información y la comunicación, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social. La telemedicina, como todo acto médico, se ejerce con plena autonomía médica, con criterio médicocientífico y ético para la toma de decisiones de acuerdo al	accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia. 4. Garantizar la atención continua, integral y resolutiva de las personas que habitan en cada una de las regiones. 5. Incluir los Equipos Básicos de Salud que operan en cada uno de los territorios que hacen parte de las regiones para la gestión integral del riesgo en salud. 6. Incluir la totalidad de los servicios primarios y complementarios requeridos por la población que habita en las regiones. 7. Identificar los servicios y tecnologías que no son ofertados en cada región y definir con que prestadores y proveedores de otras Regiones con los que se pueden suplir, teniendo en cuenta la capacidad de oferta del servicio, cercanía, facilidad de acceso y transporte hacia la Región donde se encuentren y los tiempos de desplazamiento. Contar con la oferta necesaria para garantizar la suficiencia de la red integral e integrada de prestadores y proveedores de servicios de salud en cada región y el ejercicio del derecho de libre elección de prestador o proveedor	cada 2 años. Los agentes gestores conformarán la Red de Prestación de Servicios de Salud (REPSS) para satisfacer las necesidades identificadas por el Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud (PETIS) de sus afiliados, articulando los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, de manera que se garantice el acceso y el flujo de los pacientes a través de los servicios primarios y complementarios habilitados. Las redes serán conformadas y gestionadas por los agentes gestores con criterios de racionalidad de los servicios y oportunidad de la atención, bajo los principios de accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia buscando una atención continua, integral, y resolutiva articulación con la red territorial. Cada agente gestor celebrará un contrato anual con la ADRES, mediante el cual esta le transferirá los recursos necesarios para para la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, y las demás obligaciones	

estado del arte, según la distribución geográfica, las condiciones de dispersión y ruralidad de las poblaciones a atender, las limitaciones locales de infraestructura y del personal sanitario para la atención con calidad. Se debe proveer el acceso a las tecnologías de información y comunicación por medios virtuales para garantizar el diagnóstico y el tratamiento pertinente y oportuno, así como el seguimiento a distancia de la evolución clínica.	de servicios y tecnologías en salud. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar permanentemente el análisis de capacidad de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud con las novedades que se presenten en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial dispuesto en la Ley 1966 de 2019, un módulo de redes y prescripción en el cual se publique el listado de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud con sus capacidades para cada Región, de acuerdo con el análisis efectuado por el Ministerio. En dicho módulo las Entidades Promotoras de Salud registrarán las redes que conformen y contraten, así como sus novedades y se prescribirán los servicios por parte de los prestadores.	que se establecen en esta Ley. Los recursos asignados para administrar a cada agente gestor serán definidos de acuerdo con el perfil de riesgo en salud de su población afiliada y se establecerán mecanismos de ajuste de riesgo exante y expost. El giro de los recursos se realizará directamente desde la ADRES a los prestadores de la red que atienda los usuarios de cada gestor. Parágrafo # 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, aprobará el Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud de cada Entidad Territorial de Salud de cada Entidad Territorial de Salud de orden Departamental y Distrital. 12 Parágrafo # 2. Se podrán establecer programas especializados por enfermedades o grupos de riesgo, que integren el continuo de atención y cuya estructura y procesos responderán de manera integral a las necesidades de su población a cargo. Estos programas podrán tener cobertura regional o nacional y podrán ser independientes de las REPSS.	

Artículo 77. Adscripción de entidades sanitarias privadas y mixtas a las redes integradas e integrales de servicios. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud para garantizar el derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos por la Ley 1751, en especial en su capítulo II y acorde a lo dispuesto en la presente ley. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen tarifario único, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información. Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)se organizarán con instituciones públicas, privadas y mixtas. Las instituciones privadas y mixtas podrán contratarse para ofrecer los servicios de atención básica en salud dentro de las Redesintegrales e integradas de servicios de salud.			

Artículo 78. Artículo 78. Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud - RIISS. El Ministerio de salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las RIISS, con fundamento en los siguientes parámetros: 1. Modelo asistencial. El Modelo asistencial establece la forma como se planifican, organizan y prestan servicios de salud en un territorio poblacional. Los servicios deben ser integrales, oportunos, coordinados, suficientes, eficientes y centrados en la persona, la familia y la comunidad. 2. Gobernanza y estrategia. La gobernanza y estrategia abordan la conformación de una forma de gobierno de las Redes Integradas e Integrales, de tipo corporativo, que puede tener diversos órganos coordinados y alineados, con amplia participación social y comprometidos activamente en la intervención sobre determinantes de la salud existentes en el territorio. 3. Organización y gestión. La organización y gestión, determina la coordinación y alineación de todos los recursos disponibles en las Redes, buscando que sean suficientes y estén en las mejores condiciones para adelantar una gestión			

basada en resultados que son captados por el Sistema Público Único Integral de Información en Salud - SPUIIS. 4. Sistema de asignación e incentivos. El sistema de incentivos estructura el financiamiento requerido y la asignación de los recursos para que contribuyan con la mayor coordinación posible de los servicios de salud y con las metas globales de las Redes.			

Artículo 79. Organización y Conformación de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud - RIISS: Las entidades departamentales y distritales según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. Los Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud, serán la guía para la organización y conformación de las redes. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social. Los requisitos y condiciones para su organización y conformación los definirá el Ministerio de Salud y Protección Social. Todas las instituciones estatales sanitarias de alta complejidad, se habilitarán como hospitales universitarios en un plazo no mayor de dos años a partir de la vigencia de esta Ley.	Artículo 21. Contratación de las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud. Las Entidades Promotoras de Salud conformarán y contratarán, en las regiones donde operen el aseguramiento, las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud de conformidad con los prestadores, proveedores y capacidades determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para ello, celebrarán acuerdos de voluntades con los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud de la Región de acuerdo con las necesidades de su población.		

Artículo 80. Prestación de servicios médicos asistenciales. La prestación de servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y paliación, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional. La prestación de servicios médicos asistenciales incluye los servicios de atención prehospitalaria, de urgencias, el transporte de pacientes y los servicios farmacéuticos, orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud.			

Artículo 81. Servicios Farmacéuticos. Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema de Salud deberán habilitar dicho servicio, de acuerdo con la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará la política farmacéutica nacional en los términos dispuestos en la Ley 1751. El Ministerio de Industria y Comercio participará en la formulación de la política en lo de su competencia.	Artículo 28. Definición de Gestor Farmacéutico y Operador Logístico de Servicios y Tecnologías de Salud. Los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Servicios y Tecnologías de Salud forman parte de las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud. Se entiende por Gestor Farmacéutico toda persona natural o jurídica que realice a través de un establecimiento farmacéutico la dispensación de medicamentos o dispositivos médicos a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por vinculo contractual con la Nación, una Entidad Territorial, una Entidad Promotora de Salud o un Prestador de Servicios de Salud. Se entiende por Operador Logístico de Tecnologías de Salud toda persona natural o jurídica que realice, directamente o en un establecimiento de comercio, cualquiera de los siguientes procesos: agencia de aduana, trámites de legalización y documentación,		

	acondicionamiento secundario o terciario, almacenamiento, transporte, control de existencias o cualquier otra actividad relacionada con la cadena de abastecimiento de tecnologías de salud, así como la comercialización, distribución, control o aseguramiento de la calidad de tecnologías de salud, por vínculo contractual con la Nación, una Entidad Territorial, una Entidad Promotora de Salud, un Prestador de Servicios de Salud o un Gestor Farmacéutico.		
Artículo 82. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, el que podrá integrarse con otros servicios de emergencia como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja. Así mismo, les corresponde la coordinación de la red de urgencias y de los servicios de atención			

básica domiciliaria a personas con limitación de la movilidad y a las personas sin hogar o en precaria condición social.			
Artículo 83. Artículo 83. Adscripción de la población para atención primaria. Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en función de su lugar de residencia. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención primaria en un sitio diferente al lugar permanente de residencia. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia, debe registrarse en el Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia.			

Artículo 84. Implementación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la conformación y el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad. Los Centros estarán habilitados con capacidad de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad al grupo poblacional de su cobertura y la solución inmediata de sus requerimientos de atención básica y de las solicitudes de referencia y contrarreferencia a la red de mediana y alta complejidad. En los centros urbanos, cada Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS) cubrirá como máximo	Artículo 23. Atención Primaria en Salud. La Atención Primaria en Salud estará a cargo de los Equipos Básicos de Salud y los Centros de Atención Primaria en Salud, que forman parte de las redes integrales e integradas de servicios y tecnologías de salud y constituyen la puerta de entrada a los servicios. **Artículo 24.** Equipos Básicos de Salud. Los Equipos Básicos de Salud de que trata el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, tendrán a su cargo la identificación de los riesgos individuales y de los riesgos sociales y ambientales que afectan la salud y deberán informarlos a las Entidades Promotoras de Salud y a las Entidades Territoriales, respectivamente, para que estas determinen los planes de intervención. En los Consejos Regionales de Salud, de forma concertada, se determinará el número de Equipos Básicos de Salud que se requieren en la Región, estableciendo cuantos serán contratados por la Entidad Territorial y cuántos por cada una de las Entidades Promotoras de Salud		

25.000 habitantes para garantizar la capacidad de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad de dicho grupo poblacional y la solución inmediata de sus requerimientos de atención básica y solicitudes de referencia y contrarreferencia a las redes de mediana y alta complejidad, esto es, sin hacinamiento ni tiempos mayores a veinticuatro horas. Cada Centro deberá contar con una planta física adecuada y los correspondientes servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. En centros urbanos con alta densidad poblacional los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico podrán estar al servicio del número de centros de atención primaria que permita la satisfacción del derecho fundamental a la salud. En los municipios donde solamente exista una Institución de Salud del Estado le corresponderá actuar como CAPIRS en los términos que establezca el reglamento. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los parámetros técnicos sobre estas materias. Los municipios y distritos definirán la ubicación y responsabilidad poblacional de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en el	que operan en la Región, y se asignarán los grupos familiares que atenderá cada uno de los Equipos Básicos de Salud independientemente de la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentren afiliados. **Artículo 25**. Centros de Atención Primaria en Salud. Los Centros de Atención Primaria en Salud son las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, en las cuales se prestan los servicios de promoción y prevención, consulta de medicina general, odontología general, especialidades básicas y servicios de apoyo diagnóstico. Para efectos de la adecuada Gestión Integral del Riesgo en Salud, las Entidades Promotoras de Salud podrán ser propietarias de los Centros de Atención Primaria en Salud, a través de un establecimiento o una persona jurídica diferente, caso en el cual deberán garantizar un porcentaje de la contratación de los servicios primarios con la red pública existente en la Región, el cual será		

ámbito de su jurisdicción o en la que se acuerde por vía asociativa entre dos o más entidades territoriales, ubicarán la sede y nombrarán al director del Centro y su equipo profesional y técnico, condición necesaria para asignar el presupuesto de Atención Primaria de un grupo poblacional. A tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social fijará los parámetros técnicos, administrativos y financieros para la estructuración de los CAPIRS. Los Centros serán sede de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social con la población asignada. Igualmente, serán el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad. Los servicios básicos deberán ser integrados progresivamente a la locación física del Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, pero podrán disponerse inicialmente en las cercanías o incluso podrán contratarse algunos temporalmente, mientras se desarrolla la infraestructura propia. Los centros de Atención	determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los indicadores que permitan medir los resultados en salud, la calidad de los servicios y la eficiencia financiera en la contratación que se realice de este tipo de servicios, así como las metas que se deben alcanzar en cada uno de ellos. El cumplimiento de las metas establecidas dará lugar al reconocimiento de incentivos tanto a las Entidades Promotoras de Salud como a los Centros de Atención Primaria en Salud, de conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. **Artículo 27.** Asociaciones público-privadas para la prestación de servicios de salud. El Gobierno nacional reglamentará las condiciones bajo las cuales se regirán las Asociaciones Público-Privadas para la construcción de infraestructura, dotación y prestación de los servicios de salud de conformidad con lo establecido en la Ley 1508 de 2012.		

Primaria Integral Resolutiva en Salud serán responsables de consolidar la información del total de la población a su cargo, en términos demográficos y de estado de salud, para planificar los servicios básicos y las acciones de promoción y prevención. Serán igualmente responsables de la vigilancia epidemiológica sobre la población adscrita al respectivo centro. Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud deberán contar con un equipo técnico para la referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad, apoyado en el Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS y en modernos sistemas de comunicaciones para lograr el agenciamiento de las necesidades de su población adscrita con el apoyo de los centros departamentales y distritales de referencia de pacientes. El director territorial de salud o su delegado integrará y presidirá un Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, conformado por siete (7) miembros, de los cuales cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales y dos (2) por			

personal de la salud que labore en dichos centros. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de conformación, integración y funcionamiento de los mismos. Las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud de cada departamento y distrito para la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS, conformarán equipos multidisciplinarios de salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud, adecuados a las necesidades y requerimientos de la población, los cuales tendrán entre otras, las siguientes funciones: 1. Realizar el diagnóstico familiar y comunitario, de acuerdo con la ficha unificada que se defina para tal fin. 2. Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo y etnia. 3. Informar sobre los servicios en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios. 4. Promover la identificación plena de las familias, para que puedan acceder a los servicios de salud. 5. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las			

prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. 6. Facilitar la prestación de los servicios de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación. 7. Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria. 8. Realizar las acciones necesarias para que los integrantes de la familia, reciban la atención requerida en la RIISS, coordinando las actividades pertinentes y realizando el seguimiento respectivo. Lo anterior conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.			
Artículo 85. Gestión de los servicios. Las remisiones para la prestación de servicios en su integridad estarán a cargo de las instituciones del Sistema de Salud sin trasladar en ningún caso la carga de los mismos a los pacientes y sus familiares. El acceso a los servicios será expedito y primará el derecho fundamental a la salud respecto de cualquier formalidad o trámite administrativo.	Artículo 26. Gestión de riesgos en salud por parte de los Centros de Atención Primaria en Salud. Corresponde a los Centros de Atención Primaria en Salud la coordinación de las actividades extramurales de atención de los Equipos Básicos de Salud, así como la relación con las Entidades Promotoras		

	de Salud para la referencia a los niveles de mediana y alta complejidad cuando se requiera.		
Artículo 86. Sistema de referencia y contrarreferencia. La referencia de pacientes consiste en programar y efectuar su traslado entre Instituciones de Salud del Estado–ISE, públicas y mixtas de distinto nivel de complejidad en función de su necesidad de atención y de la capacidad resolutiva de las instituciones. Una referencia queda resuelta cuando se programa, se remite al paciente ambulatoriamente -o en condición de urgencias u hospitalizado en medio de transporte adecuado, medicalizado y seguro-, y se obtiene la atención solicitada, ambulatoria u hospitalaria, solicitada por su médico tratante desde la institución remisora. Contrarreferencia es el retorno informado sobre la continuación de los cuidados en su centro de atención primaria y su vivienda. Cuando el paciente opte por recibir servicios médicos básicos distintos a los suministrados por su Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, asignado según su lugar de residencia, y requiera de parte del Sistema de			

Salud servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos desde el Centro de Atención Primaria que le corresponda por su lugar de residencia.			

Artículo 87. Proceso Interinstitucional. Para garantizar la accesibilidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional. A tal efecto, se observarán las siguientes instancias: 1. Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia, sección u oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe ser orientada por estas instancias, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas instancias. 2. En el ámbito territorial, se constituirán dependencias técnicas denominadas Coordinaciones Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios. Los distritos y municipios mayores a 100.000 habitantes podrán crear una o varias instancias de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia con			

denominaciones análogas. 3. Cada Región tendrá una dependencia de Coordinación Regional de la Red de Servicios, dependiente del Fondo Regional de Salud, para facilitar las referencias de pacientes necesarias hacia instituciones de alta complejidad en otro departamento de la misma región. 4. A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en instituciones especiales que no estén disponibles en el ámbito regional.			

Artículo 88. Funcionamiento de la Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las Redes de servicios de salud estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública. Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las Redes de Servicios de Salud: 1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención primaria Integral Resolutiva en Salud. 2. Administrar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley. 3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna. 4. Ofrecer a las instituciones de las Redes de Servicios de Salud comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros			

departamentos de la región. 5. Disponer de una plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado–ISE, privadas y mixtas que hagan parte de la red. 6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios, al Consejo departamental de Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social. Parágrafo. En los departamentos del país donde no exista el talento humano con los requisitos aquí establecidos, en todo caso se exigirá que la coordinación de la referencia y contrarreferencia sea asumida por un médico con entrenamiento específico para tal efecto,según los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.			

Artículo 89. Plataforma tecnológica de la red de prestación de servicios. La plataforma tecnológica de la red de prestación de servicios tendrá las siguientes especificaciones: 1. Dispondrá de módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia. 2. Estará conectada al Sistema Único Público de Información Integral en Salud y será parte del mismo. 3. Mantendrá la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. 4. Poseerá la capacidad de generar datos que sirvan para la elaboración de reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral para la Administración Departamental, la Dirección Regional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. 5. Contará con tecnologías de última generación e inteligencia artificial que actualizan automáticamente y de manera continua la información para ser entregada en tiempo real al Sistema de Salud y conforme a las exigencias			

del Ministerio de Salud y Protección Social.			

Artículo 90. Funcionamiento de la Coordinación Regional de las Redes. La instancia de Coordinación Regional de las Redes de Servicios de Salud, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad. Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las Redes de Servicios para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud. Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Único Público de Información Integral en Salud para garantizar la comunicación entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de			

información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.			

Artículo 91. Evaluación de la Prestación de Servicios de las Redes. Cada Coordinación Territorial de las Redes de Servicios de Salud generará un informe semestral de evaluación de las mismas que será presentado ante la autoridad territorial de salud, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado al componente de calidad que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) en sus términos y condiciones. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación. La evaluación de la prestación de los servicios de las redes se hará de forma periódica pero constante en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos: 1. Conformación y desarrollo de las redes y de las instituciones sanitarias que hacen parte de esta. 2. Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio. 3. Capacidad instalada de las redes de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios. 4. Operación y capacidad resolutiva del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. 5. Evaluación periódica de la satisfacción de los	Artículo 22. Supervisión de Redes. La Superintendencia Nacional de Salud debe ejercer acciones de inspección y vigilancia, evaluando permanentemente la suficiencia de la red contratada por las Entidades Promotoras de Salud en términos de acceso oportuno a los servicios y tecnologías por los usuarios. Para ello la Superintendencia Nacional de Salud debe acceder en línea y sin restricciones a toda la información que el Ministerio de Salud y Protección Social disponga en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial.		

usuarios a las redes prestadoras de servicios de salud. 6. Evaluación de los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC): accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención. 7. Evaluación de indicadores de gestión, de cumplimiento e impacto de las redes en la prestación de servicios de salud			
CAPITULO VIII. MODELO DE ATENCIÓN			CAPÍTULO IV MODELO DE ATENCIÓN

Artículo 92. Bienes y servicios de salud. Los bienes y servicios para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud se diferenciarán en lo pertinente según género, especificidad cultural y étnica, ciclo vital, situación de discapacidad o vulnerabilidad y se complementan según las necesidades de las personas, familias y comunidades. La oferta de servicios de salud será planificada y oportuna y deberá desarrollar los servicios móviles de oferta activa que sean necesarios para garantizar el cuidado de la salud y el acceso de las poblaciones dispersas. Los servicios de salud se caracterizan por satisfacer efectivamente el derecho fundamental a la salud.			Artículo 13. Fortalecimiento del hospital público. El hospital público podrá ser objeto de referenciación y asistencia técnica por un hospital público o privado acreditado, para mejorar la gestión asistencial y administrativa, direccionado a facilitar su acreditación y mejorar sus condiciones de eficiencia operativa. Para ello, se creará un programa de asistencia técnica con indicadores de evaluación y seguimiento, el cual contará con recursos del gobierno Nacional, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 1. El hospital público o privado que apoye por medio de referenciación a un hospital público y que producto de este proceso, éste último logre el reconocimiento de acreditación, tendrá como incentivo la suspensión del pago de la tasa de vigilancia a la Superintendencia Nacional de Salud, por un año. Parágrafo 2. Se considerará la posibilidad de apropiar recursos en calidad de subsidio

			a la oferta para aquellos hospitales públicos que requieren financiar su operación, ubicados en zonas alejadas o de difícil acceso, que sean monopolio de servicios considerados como trazadores y no sostenibles por la venta de servicios.

Artículo 93. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). La Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) para las personas, familias y comunidades, se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas mediante: 1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial 2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar. 3. Acciones específicas, con equipos transdisciplinarios, dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no			Artículo 14. Mejoramiento de la capacidad resolutiva del hospital público. El Gobierno nacional apropiará los recursos necesarios para fortalecer el hospital público y mejorar su capacidad resolutiva, por medio de la financiación o cofinanciación de proyectos de inversión en infraestructura física y/o dotación de equipos biomédicos, que apoyen la habilitación de servicios considerados estratégicos por la Nación, en especial en los prestadores de servicios de salud ubicados en la zona rural o en municipios distantes y con alta dispersión poblacional. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la elaboración de un plan maestro de inversiones en equipamientos e infraestructura física, consistente con todas las herramientas de planeación de la prestación de servicios de salud y determinará la priorización de la inversión en los proyectos considerados fundamentales para

violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes en el hogar, el trabajo, establecimientos y vías públicas. 4. Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutiva, general y especializada básica, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, salud visual y auditiva, atención integral de la gestación, parto y puerperio, y salud mental. 5. Servicios farmacéuticos y de tecnologías en salud, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud. 6. Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primer nivel tecnológico ambulatorio. 7. Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario paliativo a quien lo requiera por su condición patológica o por discapacidades o limitaciones desplazarse a los centros de atención. 8. Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de			mejorar las condiciones de atención de la población, incluyendo la evaluación del mismo. Para esto, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en coordinación con el Departamento de Planeación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, determinarán anualmente el monto de los recursos a apropiar para realizar la respectiva inversión. Parágrafo. Las IPS de carácter privado desarrollarán planes de fortalecimiento para mejorar su capacidad resolutiva en el primer nivel de atención.

urgencias de mediana y alta complejidad. 9. Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contrarreferencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria. 10.Información permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Único de Información en Salud - SPUIS, tanto personal contenida en la historia clínica única, como poblacional, con la estructura de vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en la calidad de vida y en la salud, con perspectiva de equidad y garantía del derecho a la salud.			

Artículo 94. Servicios médico-asistenciales de baja complejidad. Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad serán dirigidos y prestados por equipos de profesionales, técnicos y auxiliares de los centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de los municipios y distritos. Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad se prestarán simultánea e indivisiblemente con las actividades normadas de prevención en salud. En pequeñas poblaciones que no dispongan de instituciones que presten servicios de mediana complejidad, los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) deberán contar con capacidad hospitalaria para servicios de baja complejidad. Se desarrollará un plan de inversión en Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud a diez años, a fin de contar, como mínimo, con un Centro por cada 20.000 habitantes, disposición que podrá ser para una población menor o mayor, conforme a las condiciones epidemiológicas, la distribución de la población en el territorio y las necesidades en salud de la población para definir el número y localización de los centros de atención, conforme a la			Artículo 15. Habilitación de servicios en regiones dispersas, distantes y lejanas. Dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, expedirá la normativa relacionada con la habilitación de servicios en regiones dispersas, distantes y lejanas, sin afectar la accesibilidad ni la garantía de calidad en la atención a la población residente en dichos espacios. Esta reglamentación deberá ser actualizada mínimo cada dos (2) años.

política que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los servicios diagnósticos que son indispensables para la prestación de la atención básica identificando aquellos de mediana complejidad que deban ser reclasificados. Las Instituciones sanitarias estatales, privadas o mixtas que ofrecen servicios básicos de salud deberán integrar progresivamente en sus instalaciones los servicios diagnósticos de mediana complejidad y la interconsulta con especialistas en línea, sin perjuicio de la remisión del usuario de los servicios de salud cuando se requiera una valoración directa por parte del especialista. Los Centros de Atención Primaria deberán integrar progresivamente en sus instalaciones los servicios diagnósticos de mediana complejidad y la interconsulta con especialistas en línea, sin perjuicio de la remisión del usuario a los servicios de salud cuando se requiera una valoración directa por parte del especialista. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los servicios diagnósticos que son indispensables en la prestación de la atención básica identificando aquellos servicios clasificados como de mediana complejidad que			

deban ser reclasificados para lograr la mayor capacidad resolutiva posible en los Centros de Atención Primaria			

Artículo 95. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados. Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados de las instituciones prestadoras de salud debidamente habilitadas se prestarán mediante: 1. Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología. 2. Servicios de hospitalización de mediana y alta complejidad, incluidos los cuidados intermedios e intensivos. 3. Suministro de medicamentos e insumos de mediano y alto costo, incluido el servicio farmacéutico, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud. 4. Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, de baja, mediana y alta complejidad. 5. Servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad, de corto y largo plazo, incluidas prótesis y órtesis. 6. Servicios paliativos para enfermedades mortales, agudas o crónicas.			Artículo 16. Fortalecimiento de los servicios por telemedicina. Se incorporará, dentro de los 3 años siguientes al inicio de vigencia de la presente ley, la prestación de servicios de salud con la modalidad de telemedicina, con énfasis en los puntos de atención ubicados en sitios alejados y dispersos.

Artículo 96. Servicios de mediana y alta complejidad. Los servicios médico-asistenciales de mediana y alta complejidad serán prestados por las entidades hospitalarias y ambulatorias públicas, privadas y mixtas que se integren a la red de servicios del territorio o la región. Estos servicios desarrollarán los programas domiciliarios de atención, el monitoreo a distancia de pacientes y los servicios de hospitalización domiciliaria, a fin de garantizar la continuidad e integralidad del manejo del paciente. Los departamentos y distritos deberán formular un plan decenal de inversión y desarrollo de Hospitales públicos a fin de garantizar la oferta de los servicios de mediana complejidad y contar, como mínimo, con un centro hospitalario público con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes o fracción menor. La inversión será prioritaria para las zonas y grupos poblacionales donde exista déficit de oferta pública y privada para los servicios en este nivel de complejidad. Deberá garantizarse transporte medicalizado por vía terrestre, fluvial, marítima o aérea.			

Artículo 97. Apoyo al interior de las redes. Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telemedicina y evitar su traslado innecesario o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas.			
Artículo 98. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas prestadoras de servicios de salud presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, el cual pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de estas, acorde al régimen de tarifas de que trata el artículo 42. El Fondo Regional de Salud cancelará únicamente servicios de baja complejidad si son indisociables a la prestación de servicios de			

mediana y alta complejidad.			
Artículo 99. Programas de Prevención y Control de Problemas y Enfermedades de interés en salud pública. La Prevención y Control de Problemas y Enfermedades de interés en salud pública está constituida por los bienes, servicios y acciones coordinadas, intra e intersectorialmente, con la participación de la comunidad y de las redes sociales en la modalidad de programas verticales para el control de enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud y del país. Estos programas están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).			

Artículo 100. Prestación de servicios especiales para enfermedades raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará las instituciones o centros especializados en enfermedades raras, con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar y llevar a cabo programas de investigación genética que prevengan su incidencia para disminuir su prevalencia. La prestación de servicios se hará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o utilizando la telemedicina u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio a las instituciones que prestan atención médica. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 31, la Cuenta de Enfermedades Raras garantizará la prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.	Artículo 30. Atención de enfermedades huérfanas y prestación de servicios de salud. La Nación tiene a su cargo y es la responsable de la prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud para la atención de las enfermedades huérfanas, para lo cual deberá establecer una fuente de financiación. La prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud para la atención de las enfermedades huérfanas deberá realizarse en centros especializados y garantizar el tratamiento integrado, desde el diagnóstico hasta la paliación de la enfermedad. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, contratará directamente la prestación de		

Artículo 101. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad o invalidez derivada de una enfermedad general. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las formas de reconocimiento de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que actualmente reconoce el sistema de seguridad social en salud.			
CAPITULO IX. SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIIS)	CAPITULO X. SISTEMAS DE INFORMACIÓN		CAPITULO VIII SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD.

Artículo 102. Sistema de Información. En desarrollo de lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley 1751, se estructurará el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año.	Artículo 56. Módulo de cuentas en el Sector Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social creará un módulo de cuentas en el Sector Salud dentro del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, establecido en el artículo 3 de la Ley 1966 de 2019, en el cual se deberán reportar las cuentas por pagar entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Gestores Farmacéuticos, los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y las Entidades Promotoras de Salud, detallando los valores facturados, los valores correspondientes a las glosas en firme, los valores de la factura aceptados tácita o expresamente y la totalidad de pagos con cargo a cada una de las facturas, especificando cuáles de ellos fueron realizados directamente por la Entidad Promotora de Salud y los realizados a través del mecanismo de giro directo por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES. Este módulo	ARTÍCULO 46°. Actualización del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), mediante el desarrollo interoperabilidad de sistemas con todos los agentes involucrados en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, que permita gestionar de manera eficiente, confiable y oportuna la información para la toma de decisiones. Esta actualización incluirá los criterios requeridos que permitan la unificación de estándares para la interoperabilidad, además del cumplimiento de lo establecido en el Título II; los Capítulos I, II y III del Título III; el Título IV y la Ley 1966 de 2019, y deberá hacerse dentro de los dos (2) años siguientes a la sanción de la presente Ley.	Artículo 31. Torre de Control digital de Información en Salud. Créase la Torre de Control digital de Información en Salud. Parágrafo 1. Conformación y Gobernanza. La Torre de Control digital de Información en Salud se creará de acuerdo con lo establecido en la Ley 48 de 1998. Como una Entidad descentralizada indirecta con presupuesto independiente, sin ánimo de lucro, organizada bajo las leyes Colombianas, dentro del marco de la constitución política adscrita al Ministerio de salud con una Junta Directiva presidida por el Ministerio de Salud. Parágrafo 2. Funciones de la Agencia. Son funciones de la unidad: 1. Estandarizar e integrar la información. 2. Poner la información a disposición de los interesados con total transparencia, para mejorar la capacidad de análisis de la información, fortalecer la toma de decisiones en pro de mejorar los resultados salud, las expectativas de los ciudadanos y la

	deberá ser de acceso público, siempre y cuando se garantice la protección de datos personales, datos sensibles y de los secretos empresariales; en todo caso, debe permitir conocer el flujo de recursos y el estado de la cartera en el Sector Salud, indicando el monto total de las obligaciones pendientes entre las entidades, clasificando la cartera por edad e identificando las obligaciones que se encuentran dentro de los plazos de pago establecidos en la Ley.		sostenibilidad del sistema. 3. Implementar estrategias para aumentar la oferta en los lugares más remotos del país, con la incorporación de servicios de telemedicina en los centros de atención primaria.

Artículo 103. Características del Sistema Público Único Integrado de Información. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS) es transversal a todo el Sistema de Salud para garantizar trasparencia	Artículo 57. Sistemas de información. El Sistema de Información Financiera y Asistencial y el Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías en Salud, establecidos en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, debe ser único e interoperable. Los sistemas de información y las plataformas tecnológicas que dispongan, utilicen o sean propiedad de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, para compartir, reportar o requerir cualquier tipo de información relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán ser interoperables con el Sistema de Información señalado en el inciso anterior y no podrán constituir trámite adicional, utilizar plataformas tecnológicas que no sean interoperables o crear sistemas de información	ARTÍCULO 47°. Uso de la información en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de un mecanismo expedito, sin barreras administrativas y en línea de acceso y consulta a toda la información y los micro-datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, anonimizada y de acuerdo con la Ley de Habeas Data. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar dicho acceso sin que sean necesarios procedimientos administrativos de solicitud de información dentro de los dos (2) años luego de la sanción de la presente Ley.	Artículo 32. Fortalecimiento de la Interoperabilidad de Historia Clínica (IHC) en zonas apartadas. El gobierno nacional asignará recursos para el fortalecimiento y puesta en producción de la Interoperabilidad de la Historia Clínica para los Hospitales públicos ubicados en las zonas apartadas. Se fortalecerán las competencias de estas entidades con la creación de equipos de personas para la puesta en producción de la IHC. Parágrafo 1. El equipo de puesta en producción de IHC deberá conformarse con base en la información técnica que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

	adicionales. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias, deberán garantizar la interoperabilidad del Sistema de Información señalado en el inciso primero de este artículo. La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales reportará en el Sistema de Información Financiera y Asistencial toda la información que reciba y que obtenga de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con la estructura que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 1. Para el desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá acceso a toda la información que se encuentre reportada en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, sin ningún tipo de restricción operativa o de acceso. Parágrafo 2. Dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y		

	Protección Social deberá presentar a la comisión séptima de cada cámara del Congreso de la República un informe en el que dé cuenta del cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, así como un plan de trabajo con plazos claros y exactos para el inicio de operación del Sistema de Información Financiera y Asistencial y del Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud. Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud deberán rendir un informe semestral a la comisión séptima de cada cámara del Congreso de la República, en el cuál den cuenta del estado y avance del Sistema de Información Financiera y Asistencial y el Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías en Salud, establecidos en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, y los módulos dispuestos en la presente Ley, en el que indiquen, como mínimo su estado de implementación,		

	riesgos identificados, nivel de cumplimiento en los reportes de información e interoperabilidad efectiva. Este informe deberá ser presentado dentro del mes siguiente al vencimiento de cada semestre.		

Artículo 104. Características generales. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS tendrá como principio de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751. Se organizará como mínimo en dos niveles: 1. Nivel operativo: garantizará la producción y el uso de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud para su funcionamiento, comenzando por la historia clínica electrónica única nacional en todos sus procesos y territorios, y los datos para la gestión de los servicios de salud. 2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del Sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS) y de garantizar el compromiso de todos los integrantes		ARTÍCULO 48: Sistema integrado de información digital en salud – SIIS: El SGSSS contará con un sistema integrado de información en salud SIIS, que permita la gestión de la salud de la población, la GIRS, apoye la rectoría en salud y la trazabilidad de la operación y los recursos financieros del sistema de salud. El SIIS será un sistema de salud que permita el flujo de la información pertinente y adecuada, desde y hacia, cada una de las entidades que conforman el SGSSS, en forma segura e integra. La información generada en el desarrollo de actividades por cualquiera de las entidades que conforman el SGSSS se entiende amparada por la Ley de Habeas 23 Data, se constituye en información del mismo, independientemente de la naturaleza pública, privada o mixta de las entidades que participen en el mismo. El SIIS se fundamentará en datos abiertos, sostenibles, interoperables, unificando fuentes de información y empleando tecnologías que demuestren su costo-	

del Sistema de Salud con calidad y fluidez de la información para su funcionamiento. La incorporación de la información al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS en el área administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El modelo de atención incorpora las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías		efectividad. El SIIS se articulará con las políticas de Gobierno Digital y otras de sectores diferentes a salud, como un componente estratégico para la intersectorialidad.	

Artículo 105. Identificación de medicamentos. Mediante un método electrónico de última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.		ARTÍCULO 49°. Seguridad de la información. La actualización e interoperabilidad de sistemas de información y el Sistema Integrado de Información de la Protección Social permitirá el uso de información nominal y datos sensibles en salud de los pacientes y usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por parte de las Entidades concurrentes en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, sin perjuicio del resto de disposiciones de la Ley de Habeas Data. El Ministerio de Salud y Protección Social y las demás Entidades del Gobierno Nacional involucradas, determinarán los estándares de interoperabilidad y custodia de la información para preservar la seguridad de la información y el uso adecuado de los datos sensibles con el único propósito de gestionar el riesgo en salud de las personas.	

Artículo 106. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la Atención en Salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SIPUIS para aumentar capacidad resolutiva del médico de APIRS y de los programas de prevención secundaria.			
CAPITULO X. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL			
Artículo 107. Definición. La participación en el Sistema de Salud es un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos. La participación ciudadana es ejercida de manera autónoma por las personas, en cualquier instancia del sistema. La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral. La participación en el Sistema de Salud se regirá por lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 10 de 1990, Ley 134,			

la Ley 850, la Ley 1122, la Ley 1438, la Ley 1757, la Ley 1751, demás normas relacionadas y lo dispuesto en esta Ley.			

Artículo 108. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos: 1. Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales. 2. Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud. Las Instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud establecerán mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para garantizar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales. 3. Participación en las políticas públicas en salud. El Sistema de Salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las			

organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad pública social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en las divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud. 4. Consulta previa a las comunidades étnicas. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución Política y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y seguridad social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud. 5. Participación en			

inspección, vigilancia y control. La ciudadanía que participe individualmente o representada en veedurías u organizaciones sociales podrá ejercer las veedurías en salud desde el ámbito micro territorial hasta el nacional en coordinación con los organismos de control del Sistema de Salud. Se conformará una red de control social y concurrente en los términos que defina el reglamento, la cual se articulará a la Superintendencia Nacional de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud			

Artículo 109. Comités Hospitalarios de Ética. Las instituciones sanitarias estatales, privadas y mixtas conformarán comités institucionales u hospitalarios de ética, de carácter plural, constituidos por personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven, abogados, y especialistas en ética médica y bioética. Les corresponde el análisis de los dilemas éticos que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas y ofrecer asesoría, orientación y apoyo a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia. Parágrafo. Las instituciones que prestan servicios de baja complejidad en salud, que no dispongan del personal especializado de que trata el presente artículo, recibirán en forma subsidiaria el apoyo de instituciones de mayor nivel de complejidad de la red integral o de las direcciones seccionales de salud.			
CAPÍTULO XI INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL	CAPITULO IX. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL		CAPÍTULO IX INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 110. Superintendencia Nacional de Salud. Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual contará con el apoyo concurrente de la red de control social de que trata la presente Ley, con el objetivo de vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas que corresponda en el ámbito de su objeto y funciones, para garantizar la protección del Derecho Fundamental a la Salud.	Artículo 52. Supervisión basada en riesgos. Con el fin de mejorar los resultados de salud, la satisfacción de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la estabilidad de los agentes del sector y la confianza de la población en el sistema, la Superintendencia Nacional de Salud deberá implementar acciones preventivas y de acompañamiento permanentes a los sujetos vigilados, de forma priorizada, a partir de los análisis y seguimiento a los riesgos inherentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los análisis deben realizarse con base en un sistema de alertas robusto basado en información de calidad, el cual debe permitir la identificación y medición de los riesgos. Cuando el riesgo se considere sistémico y las medidas preventivas apliquen a todas las entidades supervisadas, la Superintendencia deberá emitir recomendaciones a sus vigilados, relativas a aspectos relevantes para mitigar los riesgos identificados; a su vez	ARTÍCULO 54°. Inspección, Vigilancia y Control. La Superintendencia Nacional de Salud seguirá siendo el ente rector del Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control en salud. Estas funciones aunadas a las de conciliación y jurisdiccionales, así como sus procedimientos administrativos, no podrán estar sometidas a interpretaciones normativas que generen nuevas barreras de acceso a los usuarios del sistema de seguridad social en salud y las mismas deben garantizar la efectividad de los derechos de los usuarios y actores del sistema. En ningún caso, las investigaciones y/o sanciones a los actores del sistema (jurídicos o naturales) pueden obstaculizar la prestación de los servicios de salud, para lo cual, el Gobierno Nacional deberá reglamentar los mecanismos expeditos que permitan la continuidad en el proceso de atención, sin perjuicio de las sanciones correspondientes a los agentes del	Artículo 33. Evaluación de los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado. La Superintendencia Nacional de Salud, en su competencia de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incorporará dentro de sus actividades vigiladas y objeto de sanción, el cumplimiento de los aspectos considerados como necesarios de analizar y definir en el programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del Estado presentado por cada departamento o distrito y aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en lo relacionado con la organización administrativa, el portafolio de servicios y el plan

	deberá revisar la normativa y proponer ajustes de acuerdo con los resultados de la evaluación de los riesgos del Sector Salud, y se articulará con otras entidades de control, según aplique. En aquellas instancias que correspondan a acciones preventivas, que deben ser adoptadas por entidades específicas, la Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar el acompañamiento y seguimiento en la adopción de mejores prácticas e implementación de ajustes en los sistemas de gestión de riesgos y sus controles que apliquen.	sistema de salud que violen el derecho a la salud	

Artículo 111. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control tendrá el siguiente alcance: 1. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema de Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. 2. Son funciones de inspección entre otras los estudios especializados, las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad	Artículo 53. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, el cuál quedará así: "Artículo 2. Sistema integrado de inspección, vigilancia y control para el Sector Salud. Créase el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, a partir de la acción especializada y coordinada entre la Superintendencia Financiera, Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio, la Superintendencia del Subsidio Familiar, la Superintendencia de la Economía Solidaria y la Superintendencia Nacional de Salud, bajo la coordinación y dirección de esta última, sin causar cargo alguno por sobretasas, o tarifas de contribución adicionales. Los procesos sancionatorios serán adelantados por cada una de las Superintendencias, en el ámbito de sus competencias, y serán informados a la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Financiera podrá servir de asesor técnico, brindar capacitación, emitir	ARTÍCULO 55°. Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud. La capacidad de resolución y respuesta en el SGSSS de los procesos adelantados por la Superintendencia Delegada en la protección del usuario, deberá mejorarse y aumentarse a través de la definición de equipos interdisciplinares, los cuales además de conocimientos jurídicos, administrativos y técnicos en salud estén preparados para resolver solicitudes, controversias, necesidades y dar respuestas oportunas, eficaces y dignas a los actores del sistema. En la misma medida, la resolutividad debe ser integral pudiendo articular las acciones administrativas, legales y judiciales relacionadas con una misma causa. Este sistema debe contemplar actividad de atención y respuesta 24/7 con canales diversos y efectivos, que contemplen la diversidad territorial y los determinantes sociales que puedan limitar el acceso. Parágrafo 1. El	Artículo 34. Inspección, vigilancia y control sobre los Planes Territoriales de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud hará inspección y vigilancia al cumplimiento de los Planes Territoriales de Salud a cargo de los departamentos, distritos y municipios. En caso de incumplimiento sancionará a tales entidades territoriales conforme a las normas vigentes.

para el acceso a la información. 3. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema de Salud para su desarrollo. 4. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular, jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa, de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.	conceptos, transferencia de conocimiento, y mejores prácticas para el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que esta ejerza la inspección, vigilancia y control sobre las Entidades Promotoras de Salud u otras aseguradoras en salud, así mismo, sobre operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, en lo que corresponde a las condiciones financieras y a las buenas prácticas de gobierno corporativo que deben cumplir estas entidades. La Superintendencia Financiera emitirá un informe anual sobre el desempeño de los principales indicadores financieros de estas entidades. La Superintendencia Financiera de Colombia tendrá a su cargo las inspección, vigilancia y control de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES en lo relacionado con la supervisión de la actividad financiera de dicha entidad. La Superintendencia de Sociedades ejercerá la inspección,	Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud definirán un sistema de atención a peticiones, quejas y reclamos basado en el principio pro personae y de atención inmediata a la dignidad humana, que pueda dimensionar que los conflictos que suscitan en salud requieren definición de términos perentorios fundados en el principio de celeridad. Parágrafo 2. Del parágrafo anterior, deberá consolidarse un cuerpo especial de atención y respuesta, a requerimientos de personas consideradas constitucionalmente sujetos de especial protección cuyas necesidades se amparan en el enfoque diferencial y donde el factor tiempo puede vulnerar o no la garantía no solo del goce efectivo al derecho fundamental a la salud sino el derecho fundamental a la vida. 26 Parágrafo 3. El sistema debe contemplar mecanismos que permitan la trazabilidad de los usuarios a través de diferentes mecanismos u oferta	

	vigilancia y control sobre las sociedades del sector salud y empresas unipersonales que operen en el Sector Salud, de acuerdo con las competencias asignadas en la Ley 222 de 1995, a efecto de verificar el cumplimiento de las normas de derecho de sociedades y demás asignadas a este ente de control. Así mismo, le corresponde a la Superintendencia de Sociedades adelantar los procesos sancionatorios relacionados con el incumplimiento de las disposiciones del régimen societario consagradas en el Código de Comercio, la Ley 222 de 1995 y sus decretos reglamentarios. La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá la vigilancia, control e inspección sobre la promoción de la competencia en el sector salud, mediante la imposición de multas cuando se infrinjan las disposiciones de prácticas comerciales restrictivas a la competencia y competencia desleal, fusiones y obtención de control de empresas en el mercado de la salud y el abuso de posición de dominante, entre otras. La	de opciones conforme a los determinantes sociales en salud.	

	Superintendencia del Subsidio Familiar y la Superintendencia de la Economía Solidaria ejercerán la inspección, vigilancia y control sobre las organizaciones de economía solidaria y de las Cajas de Compensación Familiar, respectivamente, que operen en el Sector Salud, en relación con los asuntos que no estén sometidos a las inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Parágrafo 1. Las Superintendencias que hacen parte del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud suministrarán en tiempo real la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud o por cualquier otro actor para el desarrollo de sus funciones en el marco del mencionado sistema; para lo cual, deberán adoptar las medidas necesarias de interoperabilidad que les permita garantizar el flujo adecuado de información entre ellos y realizar convenios o acuerdos, así como emitir circulares conjuntas cuando así		

	lo requieran. Parágrafo 2. Respecto de las investigaciones para determinar si se configuran grupos empresariales o situaciones de control, en los términos del artículo 30 de la Ley 222 de 1995, la competencia será de la Superintendencia de Sociedades.		

Artículo 112. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.	Artículo 54. Modifíquese el artículo 75 de la Ley 1955 de 2019, el cual quedará así: "Artículo 75. Competencias de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de la composición de capital o del patrimonio de las EPS. Todo acto jurídico sin consideración a su naturaleza, de nacionales o extranjeros, que tenga por objeto o efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de la composición de capital o del patrimonio de una Entidad Promotora de Salud, ya se realice mediante una o varias operaciones de cualquier naturaleza, simultáneas o sucesivas o aquellas por medio de las cuales se incremente dicho porcentaje, requerirá, so pena de ineficacia de pleno derecho, la aprobación del Superintendente Nacional de Salud, quien examinará la idoneidad, responsabilidad y carácter de las personas interesadas en adquirirlas. El Superintendente, además, se cerciorará que el bienestar	ARTÍCULO 56°. Garantía de la participación. La Superintendencia Nacional de Salud, como garante de los derechos de que goza la sociedad civil y en pro de la garantía de los derechos de los usuarios, deberá materializar en efectividad las funciones de inspección, vigilancia y control que puede ejercerse desde las veedurías comunitarias y demás organizaciones de naturaleza civil y/o agrupaciones que propenden por la salud de las personas que habitan en el territorio nacional. Se hace necesario formalizar la participación de la sociedad civil y al efecto deberá definirse la creación de una Superintendencia Delegada (comité/consejo/ u otro cuerpo colegiado) de vigilancia y control para la gestión en salud integrada por líderes de organizaciones de pacientes, usuarios, y diferentes agrupaciones que puedan entre otras funciones: 1. Dar traslado inmediato para investigación de asuntos priorizados en salud, de los pacientes que hacen	

	público será fomentado con dicha transacción. Esta autorización será requerida incluso si el interesado o potencial adquirente, previo a realizar el acto jurídico de adquisición directa o indirecta, sea propietario o titular del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de la Entidad Promotora de Salud. El Superintendente Nacional de Salud verificará que el interesado o potencial adquirente haya acreditado como mínimo los siguientes requisitos, para obtener la aprobación: a) El origen de los recursos objeto del acto o negocio jurídico; b) Tener un patrimonio equivalente a, por lo menos, 1.3 veces el capital que se compromete a aportar en el negocio o acto jurídico, incluyendo este último; c) Que por lo menos una tercera parte de los recursos con los que se realiza el negocio o acto jurídico, sean propios y no producto de operaciones de endeudamiento u otras análogas. En todo caso, el Superintendente Nacional de Salud, mediante acto	parte de sus organizaciones y de casos que lleguen a su conocimiento. 2. Hacer seguimiento de casos ya presentados al sistema integrado de IVC para poder cooperar y en caso de requerirse intervenir ante autoridad competente. 3. Conocer informes e investigaciones oportunamente del seguimiento y control a los recursos de la salud para poder presentar objeciones. 4. Integrar otros órganos colegiados donde tenga voz y voto para las decisiones nacionales en salud.	

	administrativo motivado, negará la aprobación de que trata el presente artículo, cuando el interesado o potencial adquirente, o alguno de sus socios, cuando aplique, se encuentren incursos en alguna o varias de las siguientes situaciones: 1. Haber sido condenado por delitos relacionados con el manejo de recursos públicos. 2. Haber sido condenado por delitos contra el patrimonio económico, lavado de activos, enriquecimiento ilícito y los establecidos en los Capítulos Segundo del Título X, Primero del Título XV y Segundo del Título XIII del Libro Segundo del Código Penal y las normas que los modifiquen o sustituyan. 3. Haber sido objeto de declaración de extinción de dominio, por incurrir en las causales previstas en el artículo 16 de la Ley 1708 de 2014 o disposiciones que la modifican o sustituyan. 4. Haber sido sancionado por infringir las normas legales o reglamentarias sobre la integración vertical y de posición dominante. PARÁGRAFO 1o. El Gobierno nacional		

	adecuará, en lo pertinente, las normas vigentes sobre la habilitación y la permanencia de las Entidades Promotoras de Salud. PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los parámetros necesarios para definir el beneficiario real de la transferencia, así como su identificación. PARÁGRAFO 3o. El presente artículo aplicará a la inversión extranjera en Entidades Promotoras de Salud sin perjuicio de lo establecido en régimen de la inversión de capitales del exterior en el país. PARÁGRAFO 4o. La aprobación del Superintendente Nacional de Salud, a la que se refiere este artículo, no será necesaria cuando el interesado o potencial adquirente haya obtenido dicha aprobación dentro de los tres (3) años anteriores a la fecha de la correspondiente transacción, siempre que en el interregno no hayan sido objeto de sanción alguna por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o de cualquiera de las otras Superintendencia que		

	hacen parte del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, ni se les haya dictado medida de aseguramiento o condena dentro de un proceso penal, no hayan sido sancionadas en procesos disciplinarios o fiscales y no se encuentren en alguna de las situaciones establecidas en los numerales 1 a 4 de este artículo. PARÁGRAFO 5o. La aprobación a la que se refiere este artículo no será requerida cuando el interesado o potencial adquirente sea propietario de más del 50% de la composición del capital o del patrimonio de la Entidad Promotora de Salud.”		

Artículo 113. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes: 1. Financiamiento. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema de Salud. 2. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. 3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema de Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema de Salud; y promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario	Artículo 55. Supervisión de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. Los conglomerados empresariales en los que participe un actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que en él participan, sin perjuicio de las normas exigibles en su calidad de conglomerados ni del cumplimiento de las normas de integración vertical vigentes. Para ello, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá las siguientes facultades y funciones: 1. Impartir instrucciones a las matrices de los conglomerados sobre la gestión de riesgos, revelación de información, conflictos de interés y gobierno corporativo, que se relacionen con la protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2.		

del servicio de salud. 4. Acciones y medidas especiales. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del Sistema de Salud. 5. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. 6. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del Sistema de Salud y sus formas de operación, y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.	Requerir a la matriz cambios en la estructura del conglomerado, siempre que la existente no permita una adecuada revelación de información, una supervisión comprensiva y consolidada o la identificación del beneficiario real de los recursos del sector salud o de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que lo conforman. 3. Requerir información y realizar visitas de inspección a las entidades que conforman los conglomerados en salud, con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera, el manejo de sus negocios, la administración de sus riesgos o de los demás aspectos que se requieran para supervisar el adecuado uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Parágrafo 1. La Superintendencia Nacional de Salud deberá establecer los mecanismos para que sus vigilados revelen el conglomerado, incluyendo las entidades subordinadas y vinculadas. Parágrafo		

	2. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud establezca que hay incumplimiento de lo establecido en esta Ley por parte de la Matriz del conglomerado y esta no sea un sujeto vigilado por dicha Superintendencia, dará traslado a las entidades competentes para que adelanten las acciones inspección, vigilancia y control a las que haya lugar. Parágrafo 3. En los casos que el conglomerado esté bajo regulación y supervisión de otra Superintendencia, se deberán realizar las acciones de inspección, vigilancia y control de manera coordinada, en el marco del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud establecido en el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, preservando el interés sobre el uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Parágrafo 4. En el marco del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud establecido en el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, la		

	Superintendencia de Industria y Comercio, de oficio, reforzará la inspección, vigilancia y control sobre las situaciones de abuso de posición dominante, incumplimiento de los porcentajes permitidos de integración vertical y situaciones reiteradas de prácticas indebidas en el Sector Salud, por parte de las empresas y compañías que manejen los recursos señalados en el presente artículo.		

Artículo 114. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo. Parágrafo 1. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas en la Ley 2220 de 2022 o la que haga sus veces.			

Artículo 115. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos: 1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud; 2. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud; 3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo; 4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud; 5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud; 6. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos			

con destino a la prestación de los servicios de salud; 7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud; 8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud.			

Artículo 116. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes: 1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, Fondos Territoriales de Salud, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100 de 1993; 2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios; 3. Señalar, con			

sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave. 4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud. 5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud. 6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes			

las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud. 7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales. 8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley. 9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio. 10. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de			

tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma. 11. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud. 12. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido por el principio de celeridad. 13. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas. 14. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado. 15. Velar por que los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutiva en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios. 16. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se			

refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley. Parágrafo 1º. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría. Parágrafo 2º. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.			

Artículo 117. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva y oportuna prestación de los servicios relacionados con el derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los siguientes asuntos: 1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las instituciones prestadoras de salud, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario. 2. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema de Salud. 3. Los trámites de insolvencia previstos en la Ley 1116 de 2006 o la que haga sus veces, para los sujetos vigilados. 4. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas			Artículo 5, Funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud. Adicionar el literal d) al artículo 41 de la Ley 1122 de 2011, modificado por el artículo 6º de la Ley 1949 de 2019, del siguiente tenor: «d) Conocer de los procesos de insolvencia de las EPS, como jueces. El gobierno Nacional regulará el procedimiento judicial que debe adelantar la Superintendencia Nacional de Salud para cumplir con esta función»

a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012. Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal. Parágrafo 2º. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el Decreto Ley 2591 de 1991 o el que haga sus veces.			

Artículo 118. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad: 1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales; 2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados; 3. Cuando la	Artículo 66. Liquidación de Entidades Promotoras de Salud que no cumplen condiciones financieras de habilitación y permanencia. Una vez entre en vigencia la presente Ley y a más tardar dentro del día hábil siguiente a su expedición, la Superintendencia Nacional de Salud ordenará la intervención forzosa administrativa para liquidar de las Entidades Promotoras de Salud que a la fecha de expedición de la presente Ley no cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia. Expedido el acto administrativo que ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará la asignación de los afiliados a las Entidades Promotoras de Salud que cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia, conforme al procedimiento de asignación de afiliados expedido por el Gobierno nacional en virtud del artículo 154 y el parágrafo 1 del artículo 230 de la Ley 100 de 1993.		

lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros. 4. Igualmente, cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación del recurso de la salud. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.			

Artículo 119. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud. No obstante, las garantías de protección del derecho fundamental a la salud deben ser plenas en el Sistema de Salud y en el Sistema de Administración de Justicia. A tal efecto, se tendrán como criterios: 1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud. 2. El fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del Sistema de Salud. 3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud. 4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información			

Artículo 120. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos. Si dentro del conocimiento de la queja o reclamo se evidencian actos que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en el marco de la función de control, ordenar las acciones necesarias para salvaguardar el derecho vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo. Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud. En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud. Parágrafo. Las			

peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se tramitarán dentro de los términos previstos en la Ley 1437 de 2011. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.			

Artículo 121. Nombramiento Del Superintendente Nacional De Salud. El Superintendente Nacional de Salud será nombrado por el Presidente de la República, previo concurso de méritos, coordinado y reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la realización de las pruebas será de parte del Departamento Administrativo de la Función Pública. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos de estudios y experiencia, así como las competencias requeridas para el ejercicio del empleo. La persona que obtenga el mayor puntaje en el marco del concurso de méritos será posesionada por el presidente de la República como Superintendente Nacional de Salud, por un periodo institucional de cuatro (4) años. Parágrafo. El procedimiento de selección y nombramiento del Superintendente Nacional de Salud de que trata el presente artículo regirá a partir del periodo presidencial del año 2026			
CAPITULO XII. POLÍTICA NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD		CAPÍTULO II POLÍTICA FARMACÉUTICA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA	

Artículo 122. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada cuatro (4) años, la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. La política de Ciencia y Tecnología en Salud definirá las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según las especificidades territoriales y los recursos disponibles. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública, provenientes de la subcuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud complementados con recursos territoriales, en especial, los que se asignen del Sistema General de Regalías. El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social las prioridades de investigación y rendirá un informe anual respecto de los recursos recaudados en cada territorio con		ARTÍCULO 28°. Innovación social para la salud. La implementación del modelo deberá promover la innovación social para la salud y la introducción de adaptaciones y cambios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus agentes, con el propósito de mejorar la efectividad de sus intervenciones, la eficiencia en el uso de los recursos, el acceso efectivo a servicios de salud para toda la población, conforme a la evolución de los contextos y la evidencia científica. ARTÍCULO 29°. Política de innovación en salud y reconocimiento de tecnologías en salud. El Gobierno Nacional reglamentará e implementará una política de adopción 17 de la innovación de tecnologías en salud, liderada desde el Ministerio de Salud de Salud y Protección Social, la cual deberá contener: • 29.1 La regulación de la puerta de entrada, incluyendo los diálogos tempranos entre los titulares de tecnologías innovadoras • 29.2 Los criterios de evaluación de las tecnologías bajo	

destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo, el cual será publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los recursos del Fondo de Investigación en Salud, en todo caso, tendrán como propósito único la financiación de proyectos de investigación, tecnología e innovación en salud pública.		criterios de costo eficiencia y análisis multicriterio • 29.3 Los mecanismos de financiación de tecnologías innovadoras que contemplen los modelos de acceso innovadores y acuerdo de riesgo compartido. ARTÍCULO 30. Tasa a favor del Instituto de Evaluación tecnológica en salud (IETS). Créase una tasa a favor del IETS equivalente a 3.500 UVTs la cual será pagada por las entidades que soliciten la expedición del registro sanitario de una tecnología en salud ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), la cual será pagada en el momento de la solicitud. ARTÍCULO 35°. Política de investigación y desarrollo de tecnologías en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverá, en el marco de la autonomía médica, el uso de las tecnologías en salud con la mejor evidencia científica disponible, el mayor perfil de seguridad posible para los pacientes, reconociendo el valor terapéutico de éstas y buscando el mayor	

		beneficio para los pacientes. Para el caso de las tecnologías innovadoras, se evaluará la evidencia de manera diferencial atendiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud y organismos de referencia internacional, de acuerdo también a lo dispuesto en el en los Título I y II de la presente Ley. ARTÍCULO 37. Fortalecimiento del IETS. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS- continuará siendo un organismo independiente de evaluación científico-técnica y económica de las tecnologías de salud, garantizando su financiación con recursos públicos como del sector privado a través de sus actividades misionales. Los procesos de evaluación desarrollados por el IETS se harán de manera independiente y autónoma de las evaluaciones de calidad y seguridad desarrolladas por el INVIMA. Los principios que regirán estas evaluaciones serán el rigor técnico, acceso equitativo, eficiente y sostenible	

		a tecnologías de alta calidad con independencia y eficiencia administrativa y participación ciudadana y de las asociaciones de pacientes, teniendo en cuenta los estándares de la organización mundial de salud y agencias de evaluación terapéutica homólogas de referencia.	
CAPITULO XIII. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD			CAPÍTULO VII MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS

Artículo 123. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. La política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, garantizará el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud. El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS). La política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud tendrá en cuenta, en el marco de lo dispuesto por el artículo 5º de la Ley 1751, entre otras estrategias: 1. La compra conjunta de medicamentos esenciales. 2. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente. 3. La protección de moléculas con patentes en los casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin		ARTÍCULO 33. Política Industrial. El Gobierno Nacional expedirá la política industrial farmacéutica para la promoción de la investigación y desarrollo y la producción de medicamentos y dispositivos médicos en el país. Dicha política deberá establecer los incentivos para la producción de tecnologías en el país, que incluyen las condiciones y beneficios por inversión en bienes de capital, transferencia de tecnología, importación de insumos y la formación del Talento Humano en Salud requerida para el fortalecimiento de esta industria en el país. El componente de producción nacional deberá considerarse en los procesos de compra agregada de medicamentos financiados con recursos públicos. ARTICULO 31. Regulación de precios de medicamentos: La regulación de precios de medicamentos en el país regida por la Circular 03 de 2013 se aplicará a toda la cadena. El Ministerio de Salud regulara los márgenes por gestión administrativa y	Artículo 27. Política industrial farmacéutica. El Gobierno nacional liderará la elaboración de un CONPES que propenda por la seguridad sanitaria y favorezca la producción local de tecnologías en salud.

perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada. 4. La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales. 5. La regulación de precios de medicamentos y tecnologías. 6. La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos. 7. Los mecanismos que favorezcan la competencia. 8. La investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales. 9. La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías. 10.Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud. Conforme a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1751, todo servidor público de salud al que se le compruebe con el debido proceso, que induzca o prescriba el uso de medicamentos u otras tecnologías de salud tras algún interés o beneficio personal, será sancionado la primera vez con la suspensión de su ejercicio profesional por un año; la segunda vez por tres años y por tercera vez con el retiro definitivo de su		logística que serán objeto de inspección, vigilancia y control por la Superintendencia Nacional de Salud. Parágrafo. Corresponde a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) fijar el precio de todas las tecnologías que sean declaradas como Vitales No disponibles, para lo cual la Comisión deberá pronunciarse en un plazo no mayor a 72 horas. ARTÍCULO 32. Publicidad de precios de medicamentos y disponibilidad de tecnologías en salud. Los actores del sistema deberán reportar la información sobre los precios de venta en el canal institucional y comercial y los problemas de abastecimiento o escasez de los canales institucional y comercial. El Ministerio de Salud y Protección definirá las condiciones y periodicidad para el reporte, y publicará esta información actualizada en su página web de manera mensual. ARTÍCULO 34°. Sistema de información para la trazabilidad de las prescripciones en	

ejercicio profesional, sin perjuicio de otras acciones legales que tipifiquen su conducta. Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.		salud. El Ministerio de Salud y Protección Social buscará la eficiencia y transparencia en el gasto público de tecnologías en salud financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual, implementará un sistema de información que garantice la trazabilidad nominal de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud. Este sistema de información privilegiará la interoperabilidad de subsistemas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas. Será financiado por los recursos para la administración del Sistema de General de Seguridad Social en Salud y podrá ser operado por agentes especializados en la materia.	

Artículo 124. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS) mediante la creación de un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales del área de la salud, con idoneidad debidamente demostrada en la materia, seleccionados de ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud, Química y Farmacia, Enfermería, Medicina e Ingeniería Biomédica de las universidades a nivel nacional. El Comité tendrá como apoyo para el análisis de tecnologías diferentes a medicamentos otros comités consultivos conformados por Profesores, Titulares o Asociados, de las áreas del conocimiento mencionadas, que demuestren su autoridad científica a través de artículos publicados en Revistas indexadas, especializadas en los temas pertinentes. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y los otros comités consultivos.		ARTÍCULO 36. Fortalecimiento del INVIMA. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA – mejorará la capacidad instalada para reducir los tiempos en la asignación de registros sanitarios la capacidad instalada de recurso humano y tecnológico para optimizar los tiempos de revisión y aprobación de registros sanitarios y modificaciones a los mismos protegiendo el acceso y continuidad de los tratamientos. Es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, presentar ante el Consejo Nacional de Salud: • 36.1 Los criterios del proceso de evaluación de trámites de una manera técnica y eficiente, facilitando las transacciones e interacciones de los ciudadanos con la entidad y garantizando el cumplimiento de estándares sanitarios de agencias sanitarias homólogas de referencia. • 36.2 Un plan de mejoramiento, renovación y eficiencia administrativa de la entidad en los siguientes seis (6) meses después de sancionada la	Artículo 28. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA. Modificar el artículo 2º de la Ley 2069 de 2020, el cual quedará así: «Artículo 2. Tarifas del registro ante el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos -INVIMA. Modifíquese el artículo 9 de la Ley 399 de 1997, el cual quedará así: Artículo 9. Manual de tarifas. El Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos INVIMA expedirá el manual de tarifas para el cobro de la tasa de los servicios prestados por esa entidad›› Parágrafo 1. Las pequeñas y medianas empresas podrán recibir un subsidio para financiar parte de las tarifas establecidas por el INVIMA. El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público determinarán los recursos que se podrán destinar para este propósito. No podrán acceder a los subsidios parciales de las tarifas

		presente ley, que refleje una mejor gobernanza de la entidad. • 36.3 Un plan de reestructuración de los Organismos de Asesoría y Coordinación del Invima como lo son la Comisión Revisora, Comité de Dirección, Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Comisión de Personal, en donde se definen unas funciones, planta de personal idónea 19 y procesos de eficiencia administrativa, canales de participación ciudadana y de asociaciones de pacientes, de conformidad con la legislación vigente y las y los estándares de la Organización Mundial de Salud.	establecidas por el INVIMA las pequeñas y medianas empresas que se encuentren en una situación de subordinación respecto de gran empresa, o pertenezcan a un grupo empresarial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 260 y 261 del Código de Comercio. En el caso de que las empresas decidan ceder su registro, las empresas cesionarias deberán cancelar el valor que les corresponda por dicho registro de acuerdo con su tamaño». El INVIMA elaborará y ejecutará un plan de modernización tecnológica, operativa y de capacidades institucionales, tendiente a la agilización de los trámites que tiene a su cargo, el cual deberá socializar ante el Consejo Asesor del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Artículo 125. Adquisición y distribución de medicamentos y tecnologías en salud. La adquisición de los medicamentos y tecnologías en salud se podrá realizar para los productos de mayor consumo, a través de subasta pública para cada año, en noviembre y con vigencia desde el 1º de enero del año inmediatamente siguiente, lo cual permite que las empresas productoras de tecnologías planifiquen su producción o realicen alianzas que garanticen las cantidades requeridas; la subasta podrá tener alcance internacional, pero dará prioridad a la producción nacional. Las entidades habilitadas para entregar medicamentos y otras tecnologías en salud dispondrán de los productos para los cuales fueron habilitadas y asumirán el trámite y entrega en el domicilio del paciente en el caso de ser requerido y no dispongan de él al momento del requerimiento.			Artículo 29. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud. Modificar el artículo 92 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así: «Artículo 92. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud. El Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud es una entidad descentralizada indirecta, de carácter técnico científico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, que pertenece al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación El instituto estará adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá a cargo la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de los servicios y tecnologías en salud disponibles en el territorio nacional. El presupuesto General de la Nación, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, financiará los

			gastos de funcionamiento del IETS». Artículo 30. Tasa de evaluación de tecnologías de primera vez para financiar IETS. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en el siguiente año la creación de una tasa de contribución obligatoria de la industria farmacéutica nacional e internacional a partir de la expedición de registros sanitarios de primera vez, para incrementar los recursos del IETS y fortalecer su capacidad técnica y operativa.
CAPITULO XIV. POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD			

Artículo 126. Política de Formación y Educación Superior en Salud. En concordancia con la evolución de la epidemiología, los indicadores de salud a nivel nacional, las regiones y territorios, acorde con el concepto de Territorios Saludables, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la Política de Formación y Educación Superior en Ciencias de la Salud. A tal efecto se tendrá como recomendación lo dispuesto por el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, de conformidad con la Ley 1164. La política de Formación y Educación Superior en Salud atenderá los siguientes criterios: 1. Orientar las prioridades de formación de personal sanitario y especialidades médicas según las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), con enfoque familiar y		ARTÍCULO 40°. Formación de trabajadores de la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social, serán los encargados de determinar las necesidades y las competencias del talento humano en salud necesarias para garantizar el desarrollo del enfoque de Atención Primaria en Salud y los servicios complementarios requeridos para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. Coordinará con el Ministerio de Educación la garantía de la 20 oferta educativa técnica, tecnóloga y profesional, impulsando la formación dual en salud que permita adquirir la experiencia en paralelo a su formación. Parágrafo # 1. Este plan deberá tener en cuenta aquel talento humano con mayor exposición a eventuales riesgos físicos o psicosociales y promover la gestión de los mismos. Parágrafo # 2. El Ministerio de Salud y Protección Social fortalecerá el registro del talento humano en salud, permitiendo identificar los profesionales que se	

comunitario. 2. Estar acorde con las necesidades del Sistema de Salud. 3. Brindar estímulos para la formación de especialistas y superespecialistas en las diferentes profesiones del área de la salud priorizadas. 4. Establecer los mecanismos de conformación de convenios y articulación entre las instituciones universitarias formadoras de personal sanitario de tipo técnico, tecnológico y profesional, y las redes integrales e integradas de servicios de salud que cuenten con hospitales y clínicas que cumplan con los criterios de Hospital Universitario		encuentran activos laboralmente y la ubicación de su desempeño profesional en el país. Parágrafo # 3. El Gobierno Nacional propenderá por el fortalecimiento del médico que presta el Servicio Social Obligatorio y el Estado tiene el deber de asegurar la disponibilidad del talento humano en salud necesario para garantizar la atención en salud de toda la población en el territorio nacional.	
CAPITULO XV. RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD	CAPÍTULO XI. TALENTO HUMANO EN SALUD	CAPÍTULO III TALENTO HUMANO PARA LA SALUD	CAPÍTULO VI TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 127. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud. El régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud se conformará de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial. En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales. Igualmente, promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud y su reconocimiento en los procesos de promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; de	Artículo 57. Dignificación del Talento Humano del Sector Salud. Las condiciones de trabajo del talento humano del sistema de salud deben ser dignas en todo el territorio colombiano, propendiendo por establecer condiciones de vinculación estables, pago justo y oportuno.	ARTÍCULO 38°. Autonomía Profesional. Se debe garantizar la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad, el escalonamiento terapéutico con base en la evidencia científica. La garantía de autonomía debe darse a los profesionales y trabajadores de la salud, en todo el territorio nacional, en concordancia con el Artículo 17° de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015	Artículo 25: Actualización e implementación de la Política Nacional de Talento Humano en Salud. El Gobierno nacional, actualizará e implementará la Política de Talento Humano en Salud, articulando los procesos de formación, investigación, innovación, ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud en torno a las necesidades de salud de la población, que logren como resultado el aumento de la oferta de especialidades médicas, según las necesidades de la población colombiana. Parágrafo: En común acuerdo con las Universidades y las Entidades Territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social priorizará la formación en las especialidades que tengan clara orientación a la gestión del riesgo en salud desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, priorizando así mismo la formación de estos especialistas en regiones carentes de tales profesionales.

acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud.			

Artículo 128. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios: 1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes 2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991: 3. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas. 4. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud. 5. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los	Artículo 58. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud. Los agentes del sector salud, y en general las instituciones prestadoras de salud, deberán vincular al talento humano del sector salud, mediante contrato de trabajo o a través de relación legal y reglamentaria, según corresponda, garantizando condiciones laborales justas y dignas. Está prohibida cualquier forma de vinculación del talento humano del área de la salud que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral a través de contratos civiles o comerciales, cooperativas o cualquier otra forma que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes para el sector privado o público, según sea el caso. Se deberán respetar las jornadas máximas legales establecidas dentro de las diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano; evitando jornadas	ARTÍCULO 39°. Dignificación Laboral. Se dará énfasis a modelos de contratación, garantías de trabajo justas, pagos justos dependiendo del contexto geográfico y diferencial, garantía de pagos oportunos, a través de formas de contratación directas y con las debidas prestaciones de Ley, además del descanso adecuado para los trabajadores de la salud. De igual manera, el Gobierno Nacional buscará reducir los riesgos laborales, de forma progresiva, sostenida y constante. Parágrafo. La formalización laboral de los trabajadores de la salud, deberá iniciar en el 2023 en la red pública y en el 2024 debería estar implementada en toda la red del Sistema General de Seguridad Social en Salud. ARTÍCULO 41°. Política de Talento Humano para la Salud. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, deberá presentar en los siguientes doce (12) meses a la sanción de la Presente Ley ante Consejo Intersectorial, la	Artículo 26. Formalización del Talento Humano en Salud. Los prestadores de servicios de salud, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, elaborarán el estudio de cargas laborales en su institución, con base en el cual, podrán crear y formalizar progresivamente plantas temporales para la vinculación del personal que labora permanentemente en la institución, de acuerdo a las prioridades que identifiquen. Los prestadores de servicios de salud no podrán usar las cooperativas de trabajo asociado o los contratos sindicales como forma de vinculación de sus trabajadores.

trabajadores que laboran en las entidades de salud. 6. Se adoptarán las políticas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia y servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad. Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley. Parágrafo 2. Sin perjuicio de reglamentaciones posteriores, el Gobierno Nacional en el término máximo de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará lo relativo a los apartados 132.2, 132.3. y 132.4	extenuantes que puedan poner en peligro el correcto desarrollo del ejercicio, la calidad en el servicio, la seguridad, la salud, así como la dignidad del talento humano. Las administradoras de riesgos laborales, en conjunto con los prestadores de servicios de salud y en general los empleadores del sector salud, deberán organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán brindar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud. Adicionalmente, contarán con programas especiales para las ocupaciones, profesiones y especialidades clasificadas como de riesgo alto. Se deberá informar al Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud sobre las actividades aquí dispuestas, y su implementación con las evidencias respectivas	Política de Talento Humano para la Salud con todos los componentes, para dar una discusión amplia y suficientes en los siguientes tres (3) meses y lograr tener una política de talento humano integral. Parágrafo # 1. El Ministerio de Salud elaborará un estudio sobre el impacto fiscal de la formalización del talento humano y un plan progresivo, empezando por los prestadores públicos. Así mismo, desarrollará, en un término inferior a un año, un estudio de suficiencia de personal en salud desagregado por niveles de formación, especialidades y zonas geográficas, y establecer un plan para formar este recurso humano en un periodo de 10 años. Parágrafo # 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el ECAES, u otro instrumento que lo sustituya, seleccionará aquellos profesionales de la salud que acceden a residencias médicas, con beca del gobierno. Los cupos para becas o podrán ser inferiores a los ya existentes, por cada una de las especialidades	

		médicas, y cada una de las universidades y se incrementarán paulatinamente. El reglamento establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta, además del ECAES, la distribución regional, la participación por universidades y los cupos por especialidades médicas necesarias para el país. Las Universidades y las IPS universitarias y acreditadas podrán admitir nuevos residentes por fuera del listado que emita el Gobierno Nacional, sin el beneficio de la beca.	

Artículo 129. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. Las plantas de personal de salud que cumplen el Servicio Social Obligatorio (SSO) se articularán especialmente a los equipos de Atención Primaria Integral en Salud (APIRS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas. En el marco del Sistema Nacional de Residencias Médicas, de que trata la Ley 1917, los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios entre las autoridades regionales y las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, donde estén realizando su práctica de formación especializada. Las personas que integran los equipos de servicio social obligatorio (SSO), gozarán de las garantías laborales de que trata la presente Ley para los trabajadores estatales de la salud. Los médicos y médicas residentes, gozarán de todas las garantías laborales establecidas en la ley 1917, bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes	Artículo 29. Servicios Sociales Complementarios. Los servicios sociales complementarios no podrán ser financiados con cargo a los recursos destinados a la salud, el Gobierno nacional con apoyo de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, en un término no superior a doce (12) meses, establecerá las fuentes y mecanismos de contratación y financiación de este tipo de servicios, considerando para ello el principio de intersectorialidad. Esta disposición es aplicable también al modelo diferencial establecido en el CAPITULO VI de la presente Ley. Parágrafo: Hasta tanto se definan los mecanismos de contratación y fuentes de financiación específicas, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES contratará y financiará directamente la prestación de este tipo de servicios, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno nacional.		

instituciones de educación superior.			

Artículo 130. Recertificación de los Trabajadores de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos para la recertificación de los trabajadores de la salud del régimen privado, mixto y público. A tal efecto, habrá una Junta de Recertificación, constituida por: 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, quien la presidirá y designará los funcionarios que deban integrarla. 2. Dos representantes de los Hospitales Universitarios 3. Dos representantes de las Facultades de Salud de las Universidades 4. Dos representantes de las agremiaciones médicas El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos de integración, las actividades específicas a cargo y su sistema de funcionamiento.	Artículo 59. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. Dicha vinculación se realizará acorde a los siguientes criterios: 1. En la vinculación de especialistas en áreas de conocimiento de ciencias de la salud. 2. En aquellas situaciones que por las características del servicio de salud que se presta no pueda ser realizado por el personal de planta o requieran características intuito personas. 3. En la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera independiente.		Artículo 18. Creación de incentivos para la consolidación del programa de acreditación de los actores del SGSSS. El Gobierno nacional determinará las condiciones de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, con énfasis en el proceso de acreditación de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como las entidades territoriales departamentales, distritales y de municipios certificados y no certificados y los prestadores de servicios de salud y con base en la generación de incentivos, para el mejoramiento de las condiciones de atención integral y de calidad a los afiliados al Sistema. Este proceso deberá contar con indicadores que permitan la evaluación del avance de la calidad y formarán parte de los procesos de medición de la implementación de la Política Nacional de Calidad.

Artículo 131. Percepción del personal de la salud. Cada año se realizará una evaluación de la percepción de los trabajadores de la salud sobre los resultados del Sistema de Salud, en especial sobre sus condiciones laborales. Con base en estas y otras evaluaciones se ajustarán los aspectos necesarios para garantizar condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.	**Artículo 60.** Pago digno, justo y oportuno: Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes. En los casos del pago oportuno para especialistas en ciencias de la salud contratados bajo las modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano, distintas a las establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, la remuneración correspondiente se realizará dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, factura o documento que haga las veces o equivalente. En los casos de incumplimiento en el pago en los términos		

	acá establecidos estará obligado a reconocer los intereses moratorios a la tasa equivalente a una y media veces el interés bancario corriente, certificado por la Superintendencia Financiera. En ningún caso, se podrá superar la tasa superior a la fijada por la ley como límite de usura. El incumplimiento de las disposiciones dará lugar a las investigaciones correspondientes por parte de las autoridades competentes, de acuerdo con la naturaleza contractual. El Gobierno nacional reglamentará este artículo dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley. Parágrafo. El Gobierno nacional establecerá los criterios vinculantes para lograr la contratación y remuneración justa y oportuna del Talento Humano en Salud. **Artículo 61.** Sanción por incumplimiento. Los agentes del sistema de salud, bien sean de naturaleza pública o privada, que contraríen de manera injustificada las normas y principios establecidos en la		

	presente ley, respecto del talento humano del sistema de salud, serán sancionados por el Ministerio del Trabajo, la Superintendencia Nacional de Salud u otra autoridad competente, previo el cumplimiento del debido proceso. **Artículo 62.** Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad. **Artículo 63.** Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación y la inspección,		

	vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias. Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización. Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del talento humano del sistema de salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional desde una		

	perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares. **Parágrafo.** El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud **Artículo 64.** Criterios de suficiencia patrimonial. El Ministerio de Salud y Protección Social, incluirá dentro de los criterios de suficiencia patrimonial y financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, el cumplimiento oportuno de las obligaciones contractuales y legales del talento humano del sistema de salud, de conformidad con la presente ley, así como las quejas presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio del Trabajo y las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud		

	por el incumplimiento de lo dispuesto en la presente ley y las sanciones impuestas por estas entidades. El Ministerio del Trabajo y la Superintendencia Nacional de Salud certificarán con destino a las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud en los periodos que defina el Ministerio de Salud y Protección, la siguiente información: 1. Nombre del Prestador. 2. Nit 3. Código de habilitación del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. 4. Número de quejas por el no pago de las obligaciones laborales y/ o contractuales con el talento humano. 5. Periodos de mora en el pago al talento humano en salud. 6. Fecha de las quejas. 7. Sanciones impuestas. **Artículo 65.** Estímulos para los profesionales de la salud que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. El Gobierno Nacional establecerá		

	incentivos académicos, investigativos y económicos para los profesionales de la salud que presten sus servicios con calidad y humanización en las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso por un periodo mínimo de seis (6) meses continuos, tanto en el sector público como privado. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro del periodo establecido en esta ley, los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, así como la oferta de incentivos.		
CAPITULO XVI. AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACION			

Artículo 132. Acto médico. El acto médico es el proceso resultante de la relación entre el médico, el equipo de trabajo y su paciente. El médico actúa con ética, libertad, autonomía, responsabilidad, autorregulación y profesionalismo con el objeto de tratar y resolver los aspectos relacionados con la salud del paciente. Realiza su actividad bajo estos principios y se afianza en la evidencia y el conocimiento científicos. Cuando el paciente, su representante, su familia o el médico tratante lo consideren necesario o pertinente, se podrá solicitar una Junta Médica con el objeto de discutir el caso de un paciente determinado. Los integrantes de dicha Junta serán médicos y/u otros profesionales de la salud con conocimiento y experiencia suficientes para aportar en la discusión y solución del problema. El médico tratante acordará con su paciente la convocatoria de la Junta Médica si la premura de la situación lo permite; en caso contrario actuará según el artículo 17 de la Ley 1751, bajo su propio criterio. La Junta Médica asesora y orienta al médico tratante y su equipo. Cuando no se haya solicitado previamente para el mismo caso, los familiares del paciente o su			

representante podrán pedir una Junta Médica si consideran indispensable un concepto de segunda instancia. El médico tratante debe dar al enfermo y a sus familiares y red de apoyo la información suficiente sobre el personal especializado disponible en caso de que necesite este tipo de atención, para que pueda participar con autonomía en la elección del especialista. La frecuencia de las visitas la establece el médico tratante según su criterio y de acuerdo con su paciente, su representante legal o sus familiares autorizados.			
Artículo 133. Autorregulación médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que forman parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud, deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de			

composición plural entre las disciplinas y las especialidades médicas, relacionadas con los servicios ofrecidos, cuya función será ejercer la autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones médicas, prevenir el error diagnóstico y evitar el uso indebido o injustificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.			
Artículo 134. Comité de Autorregulación Médica. El Comité de Autorregulación Médica de las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas, tiene como propósito analizar y formular políticas acerca de la utilización racional y eficiente de procedimientos, medicamentos, insumos y demás tecnologías en salud. Sesionará al menos dos veces al mes y consignará en actas sus análisis y actuaciones. Podrá apoyarse en los Comités de Compras, Comités de Farmacia y Terapéutica, Comités de Infecciones y Comités de Ética, así como en otros profesionales y expertos para la toma de decisiones que serán de obligatorio cumplimiento para los médicos y toda la Institución. La Dirección Territorial de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité			

de Autorregulación Médica; a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él, así como a aquellas que restrinjan la remisión por parte de la Coordinación de la Red de Servicios y en caso de reincidencia se procederá a su retiro de la Red. En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, sancionable con destitución, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo. Los profesionales de la salud serán igualmente responsables de falta disciplinaria grave cuando reincidan en la omisión de las decisiones del Comité de Autorregulación Médica.			
Artículo 135. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas entre médicos a partir de la atención médica serán dirimidos por las Juntas Médicas de las Instituciones de Salud, ya sean del Estado–ISE, privadas, mixtas o por las Juntas Médicas de la Red Integral de Instituciones Sanitarias Estatales, privadas y mixtas, utilizando criterios de			

razonabilidad científica y ética, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 o la reglamentación que emane posteriormente a la aprobación de la presente ley.			
Artículo 136. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas. Las discrepancias en diagnósticos o en alternativas terapéuticas serán dirimidas según lo establecido en la Ley 23 de 1981 o por las Juntas Médicas de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, las cuales serán de la institución sanitaria o de la red de salud y sus decisiones de basarán en la razón científica, la ética profesional, el estado del arte y la autorregulación.			
CAPITULO XVII. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO			

Artículo 137. Objeto del Régimen Disciplinario y Sancionatorio. El Régimen Disciplinario y Sancionatorio tiene por objeto definir las sanciones penales y disciplinarias a las entidades públicas, privadas y mixtas que prestan servicios de salud hospitalarios o ambulatorios y a las personas que participan en acciones que limiten o impidan el disfrute del derecho fundamental a la salud, nieguen servicios o retrasen u obstaculicen su prestación. Son también sujetos de sanción por responsabilidad de su cargo los miembros de las Juntas Directivas, los Representantes Legales y demás personas que contribuyan a la misma dentro de las Instituciones que conforman el Sistema de Salud. El Tribunal Nacional de ética médica, y los tribunales seccionales de ética médica ejercen la autoridad para conocer los procesos éticos-disciplinarios que se presenten en la práctica de quienes ejercen la medicina en Colombia			
Artículo 138. Sujetos disciplinables en el Sistema de Salud. Adiciónese a la Ley 1952 de 2019, Código General Disciplinario, un inciso final al Artículo 25. Destinatarios de la ley disciplinaria, Capítulo III Sujetos disciplinables, así: Sin perjuicio de la responsabilidad que			

corresponde a los miembros de las Juntas Directivas y Representantes Legales se aplica este régimen a los funcionarios encargados de la administración y gestión de la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.			
Artículo 139. Faltas gravísimas. Modifíquese el Artículo 59 de la Ley 1952 de 2019, Código General Disciplinario, adicionando los siguientes numerales, los cuales quedarán así: "4. Negar, retrasar u obstaculizar sin justificación comprobable y objetiva el acceso a servicios o tecnologías contemplados como parte de los servicios de salud que no se encuentren expresamente excluidos. 5. Incumplir o desacatar fallos de tutela en salud. 6. Incumplir cualquiera de las obligaciones establecidas en el Régimen Legal del Sistema de Salud, relacionados con la garantía del derecho fundamental a la salud por una actuación u omisión deliberada."			
Artículo 140. Sanciones Disciplinarias en el Sistema de Salud. Adiciónese un numeral al Artículo 48 Clases y Límites de las sanciones disciplinarias de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, el cual quedará así: "7. Cuando se trate de las conductas previstas en los numerales 4, 5 y 6 del			

artículo 59 de este Código, la inhabilidad será para ejercer empleo público, prestar servicios a cargo del Estado, o contratar con este, y para desempeñarse a cualquier título en cualquier entidad pública perteneciente al Sistema de Salud y no podrá ser inferior a diez años.”			
Artículo 141. Criterios para la Graduación de la Sanción Disciplinaria en el Sistema de Salud. Adiciónese el Artículo 50 de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, así: Para la graduación de la sanción, respecto de las conductas descritas en los numerales 4, 5 y 6 del artículo 59 de este Código, serán tenidas en cuenta como circunstancias de agravación, la comisión de la conducta: i) En sujetos de especial protección como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad. j) Con desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación proferidas al respecto por la Corte Constitucional. k) Incumpliendo sentencias de tutela proferidas sobre el caso específico, con			

identidad de causa, objeto y partes, o con repetición de la acción o la omisión que motivó una tutela concedida mediante fallo ejecutoriado en proceso en el cual haya sido parte. l) Con desconocimiento de las instrucciones o directrices contenidas en los actos administrativos de los organismos de regulación, control y vigilancia o de la autoridad o entidad pública titular de la función. m) Cobrar por los servicios valores que no corresponden a las tarifas autorizadas, cobrar por servicios que deben ser gratuitos o efectuar recobros indebidos. n) Sometiendo a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable. o) Sometiendo a la persona a cargas administrativas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio			
Artículo 142. Traslado a la autoridad de vigilancia fiscal. Las autoridades penales y disciplinarias pondrán en conocimiento de las contralorías del nivel que corresponda, toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y los procesos respecto de las conductas reguladas por la presente Ley constituyan una presunta conducta fiscal, la cual deberá ser investigada			

conforme a las disposiciones legales que rigen la materia.			
Artículo 143. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión mediante instauración de la demanda respectiva por toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique faltas ético disciplinarias que se presenten durante la práctica profesional.			
Artículo 144. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo			
CAPITULO XVIII TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD			

Artículo145. Consulta Previa a las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas. Para la reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud, en lo que respecta a reglamentar la prestación de servicios de salud y la organización del mismo en sus territorios, se adelantará consulta previa con las respectivas autoridades de los pueblos y comunidades indígenas en espacios suficientes y adecuados de participación sobre las decisiones que les afectan directamente. A tal efecto, facúltese al Presidente de la República por un periodo de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley con el fin de adoptar las normas con fuerza de ley, de la organización y prestación de servicios de salud en los territorios de los pueblos y comunidades indígenas.			
Artículo 146. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales. El régimen de salud y seguridad social del magisterio continuará vigente, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989 cuyo régimen de salud será el previsto en dicha norma.			

Artículo 147. Empresas de Medicina Prepagada y Seguros Privados. Las empresas privadas que tienen como objeto social la venta de planes prepagados o voluntarios de salud podrán seguir funcionando y comercializando sus servicios, bajo las reglas y normas de funcionamiento, financiación y prestación de servicios que los rigen. Los suscriptores de los planes y seguros no tendrán prelación alguna cuando utilicen el Sistema de Salud, al cual tienen derecho.			

Artículo 148.Artículo 148. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley. Para la implementación de su nuevo régimen laboral, lo harán progresivamente dentro de los cuatro años siguientes a la expedición de la presente ley, previo los estudios correspondientes que determinen su implementación y las disposiciones reglamentarias que expida los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales señaladas para el Director de Institución de Salud Estatal. La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año. En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado mantendrán ininterrumpidamente la prestación de los servicios de salud a su cargo. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva, la transformación de las Empresas Sociales del Estado – ESE de orden			

nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado - ISE. Para el efecto el gobierno nacional determinará las fases y períodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas. También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado- ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado, las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Cuando exista una infraestructura pública que esté siendo operada por terceros, se propenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la fecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado -ISE del respectivo nivel de Gobierno. el Gobierno Nacional sobre la materia. En			

cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación. El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el período para el cual fue nombrado, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en			

Artículo 149. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud - CAPIRS, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones: 1. Los pacientes en estado crítico que al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya			

interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos. 2. Las entidades Promotoras de Salud que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social ensalud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las			

Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. 3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen			

a lo dispuesto en la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: 1. Para cada hogar todos sus miembros deberán estar afiliados en una misma Entidad Promotora de Salud. 2. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. 3. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, la Nueva EPS, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en			

esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. 4. La Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud -CAPIRS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella afiliada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación. 5. La Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria Integral yResolutiva en Salud CAPIRS, así como la organización de las redes integradas e integrales en los territorios			

que el Ministerio de Salud y Protección Social y las autoridades del nivel territorial determinen. 6. A partir de la vigencia de la presente Ley, no habrá autorización de ingreso al Sistema de Salud de nuevas Entidades Promotoras de Salud. 7. Las Entidades Promotoras de Salud, durante la transición y evolución posteriormente mediante las formas jurídicas en las que se transformen, que determinen como más funcionales a su operación podrán: • Escindir y especializar sus instituciones de prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad e integrarlas a las redes de atención integrales e integradas • Organizar y operar los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - CAPIRS bajo las reglas del Sistema de Salud • Proveer servicios de gestión de facturas y auditoría durante la transición o bien estructurar firmas auditoras que podrán ser contratadas por el ADRES • Prestar servicios de información especializados que requiera el Sistema de Salud • Prestar servicios especializados de asesoría en la organización de los territorios de			

salud • Adelantar acciones de salud pública y prestar servicios de equipos de salud del modelo de atención primaria en salud • Suministrar tecnologías, software y sistemas de información para administrar la atención de la población • Gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes en el Sistema de salud • Asesorar el desarrollo de los gobiernos corporativos en el Sistema de Salud Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios, de acuerdo al plan de implementación de que trata el presente artículo. Conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social se determinará el proceso. 8. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los			

contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. 9. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito a instituciones prestadores de servicios de salud a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. 10. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a la prestación de servicios de salud, la venta de infraestructura de servicios de salud u otrasmodalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición			

ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud-CAPIRIS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de supernumerarios hasta que ello sea necesario, cuyos empleos estarán sujetos al libre nombramiento y remoción y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable			

corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud -CAPIRS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal, darán prioridad a la vinculación de este personal, conforme a la reglamentación que al efecto se expida. La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos de Salud ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente			

evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan. Cada dos (2) años se hará un análisis de los avances en esta materia y se evaluarán las capacidades respectivas. 11. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios			

de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. 12. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. -CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza. 13. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud. 14. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según			

corresponda, en un término no mayor a un año a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. 15. El Gobierno Nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección socia			
Artículo 150. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.			

Artículo 151. Facultades extraordinarias. Facultase al Presidente de la República por el término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley para: 1. Expedir las disposiciones laborales para garantizar condiciones de trabajo justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar los conocimientos del talento humano en salud, tanto del sector privado como del sector público. 2. Dictar las disposiciones laborales de los servidores públicos del sector salud para garantizar el mérito, así como las condiciones de reclutamiento y selección de los directores de las Instituciones Estatales Hospitalarias. 3. Establecer los procedimientos aplicables a las actuaciones administrativas y jurisdiccionales a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y el régimen sancionatorio que le corresponda aplicar. 4. Modificar y complementar las normas en materia de salud pública. 5. Dictar las disposiciones adicionales que sean reserva de ley y que garanticen un ordenado proceso de transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Sistema de Salud, conforme a lo ordenado por la presente ley, para garantizar el			Artículo 35. Facultades extraordinarias. Otórguense facultades extraordinarias al Gobierno nacional por el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley para que adopte el decreto con fuerza de ley que contenga las sanciones que se deben imponer a los departamentos, distritos y municipios, por el incumplimiento de los planes territoriales de salud

derecho fundamental a la salud. En el proceso de transición deberán garantizarse los pagos por los servicios prestados en este periodo, a los proveedores de servicios de salud en forma regular; dictarse las disposiciones de inspección, vigilancia y control que sean requeridas para garantizar las condiciones esenciales del servicio público esencial de la salud; y establecer incentivos para que en la transición las Entidades Promotoras de Salud converjan hacia los fines del modelo de atención en salud establecido en la presente Ley. 6. Dictar las disposiciones y realizar las operaciones presupuestales que se requiera para capitalizar a la Nueva EPS en el periodo de transición, así como dictar las disposiciones orgánicas que corresponda para su adecuada operación			
Artículo 152. Vigencia. La presente Ley deroga las disposiciones que le sean contrarias.	Artículo 70. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias. Se deroga expresamente el numeral 1 del artículo 3 de la Ley 1116 de 2006 y el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019.	ARTÍCULO 58°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y modifica todas aquellas que le sean contrarias, sin perjuicio del régimen de transición antes establecido.	

5. PLIEGO DE MODIFICACIONES

A continuación se describen las modificaciones realizadas al Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara *"Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"*, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, el cual consta finalmente de 18 Capítulos y 156 artículos distribuidos de la siguiente manera:

CAPITULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACION
CAPITULO II: DETERMINANTES SOCIALES
CAPITULO III: ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD
CAPÍTULO IV: PRESTACIÓN DE SERVICIOS E INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO
CAPITULO V: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – ISE
CAPITULO VI: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD – RIISS
CAPÍTULO VII: MODELO DE ATENCIÓN
CAPITULO VIII: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD
CAPÍTULO IX: SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO DE INFORMACIÓN EN SALUD
CAPÍTULO X: PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL
CAPITULO XI: INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL
CAPÍTULO XII: POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD
CAPITULO XIII: POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD
CAPITULO XIV: RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD
CAPITULO XV: AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN
CAPITULO XVI: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y GESTORAS DE SALUD
CAPITULO XVII: DISPOSICIONES GENERALES
CAPITULO XVIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS

CAPITULO I

OBJETO Y CAMPO DE APLICACION

Se modifica el título del capítulo I de disposiciones generales por el de Objeto y campo de aplicación.

Artículo 1º.

En el inciso 1o se simplifica la redacción, dejando en claro que una consecuencia de lo mandado por la Ley estatutaria es contar con un Sistema de Salud que es el que permite materializar el derecho fundamental a la salud, cuyo núcleo central fue regulado por la Ley 1751. Al establecer el Sistema de Salud se restructura el Sistema General de Seguiridad Social en Salud proveniente de la Ley 100 de 1993. En el inciso 2o se mantiene el enfoque del proyecto original, manteniendo el enfoque del aseguramiento social en salud como garantía de la atención integral en salud universal, puntualizando

que el Sistema comprende la atención integral y la consideración de los determinantes sociales, a la vez que incluye la participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos. El inciso final del artículo se mantiene al referir las distintas materias que son normadas en la ley. El artículo 1º quedará así:

Artículo 1: Objeto. En desarrollo de lo ordenado por la ley estatutaria 1751 de 2015, la presente ley establece el Sistema de Salud como consecuencia de la garantía del derecho fundamental a la salud y reestructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema de Salud se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. El Sistema de Salud comprende la atención integral de la salud y la consideración de los determinantes sociales sobre la salud, con enfoque intersectorial y la participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Establece el modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, la participación social y los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.

Artículo 2º

Se suprime la definición del Sistema de Salud dado que es una copia de lo dispuesto en el artículo 4o de la Ley estatutaria, y no se hace necesario por lo tanto repetirlo. En su reemplazo, se señalan aquellos aspectos que dan alcance al Sistema de Salud observando los mandatos de la Ley estatutaria. En tal sentido el instrumento central para garantizar el derecho fundamental en salud que reguló la ley estatutaria, es el del aseguramiento social en salud. que por tanto se precisa en desarrollo de tal mandato. Se mantiene como el artículo 2o del informe de ponencia.

El artículo 2º quedará así:

Artículo 2°. Aseguramiento social en salud. Para los propósitos de la presente ley, se entenderá por Sistema de Salud lo dispuesto por el artículo 4 de la ley 1751 de 2015. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para atender las contingencias de salud y las afectaciones económicas derivadas de las mismas. A tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, de forma solidaria, con criterios de equidad, y un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros.

El aseguramiento social en salud contará con la participación de los particulares, en los términos de la presente ley, y la participación ciudadana.

Artículo 3º

El artículo 3º es un artículo nuevo. Es necesario mantener este artículo 154 de la ley 100, de la legislación anterior, en la medida en que en el pasado ha sido avalado por el Consejo de Estado y la Corte Constitucional, como fundamento de la salvaguarda jurídica de diferentes actos administrativos que ha expedido el Gobierno Nacional o el MSPS. Este artículo pasa a ser el 3o del informe de ponencia. El artículo 3º quedará así:

Artículo 3o. Intervención del Estado. El Estado intervendrá en el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, conforme a las competencias de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

1. Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en la presente Ley.

2. Asegurar el carácter obligatorio del aseguramiento social en salud y su naturaleza de derecho para todos los habitantes de Colombia;

3. Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control del aseguramiento social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud;

4. Lograr el aseguramiento social en salud, como un sistema público, único, universal, eficiente y solidario, permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;

5. Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley;

6. Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad;

7. Evitar que los recursos destinados al aseguramiento social en salud y al sistema de salud se destinen a fines diferentes;

8. Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, como parte fundamental del gasto público social.

Parágrafo. Todas las competencias atribuidas por la presente Ley al Presidente de la República y al Gobierno Nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.

Se elimina el artículo 3º del proyecto, en función de que estas definiciones están desarrolladas en el cuerpo del articulado o bien son definiciones que emanan directamente de la Ley Estatutaria de Salud.

CAPITULO II

DETERMINANTES SOCIALES

Artículo 4º

Se fusionan los artículos 5o y 6o del proyecto y pasa a ser el artículo 4o del texto de la ponencia, modificando su título por el de "Identificación de determinantes sociales de la Salud". Se mantiene la definición con la introducción de algunas palabras que le dan mayor precisión tal como estaba prevista en el artículo 4o del proyecto. Estos artículos se integran por ser parte de la misma materia regulada. Este artículo pasa a ser el artículo 4o del informe de ponencia.

Artículo 4°Identificación de determinantes Sociales de la Salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los Determinantes de la Salud, con el fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio. Son determinantes sociales de la Salud:1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

2. Seguridad y soberanía alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos para una buena y adecuada nutrición.

3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.

4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.

5. Ambiente sano.

6. Acceso al transporte.

7. Acceso a la educación y recreación.

8. Condiciones de vida digna y eliminación de la pobreza.

9. Ausencia de cualquier tipo de discriminación.

10. Convivencia y solución de conflictos por vías pacíficas.

11. Información accesible sobre cuestiones relacionadas con la salud, con énfasis en la salud sexual, salud reproductiva y salud mental de la población

12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

13. Enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género.

14. Los demás que tengan incidencia sobre la salud.

Parágrafo. Las acciones correctivas sobre los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades, y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas. Parágrafo 2. Los determinantes de la

salud no son taxativos, por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento por su relación con el derecho fundamental a la salud.

Artículo 5º.

En el artículo 7o del proyecto se establece la denominación de ""Comisión Intersectorial de Determinantes de la Salud"" y se añade ""y de salud Pública"", dado que su alcance cobija a ésta última Corrección en la redacción iniciando por el objeto de la Comisión y luego los miembros. El detalle de miembros adicionales y apoyos técnicos se defiere al reglamento.

En cuanto al parágrafo, al ser una comisión de esta magnitud, en concordancia con el artículo 45 de la Ley 489 de 1998, es preciso regularla por Decreto. El numeral 7.4. recoge el parágrafo del artículo 8o del proyecto.

Se deroga el artículo 7 de la Ley 1438 de 2011. Este artículo pasa a ser el 5o del proyecto de Ley de la ponencia. El artículo 5º quedará así:

Artículo 5°. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud y Salud Pública. Créase la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud y Salud Pública, que tendrá por objeto:

1. Establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud.

2. Participar en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14° y 15° de la Ley 152 de 1994, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud.

3. Evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizará el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento. 4. Informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, estas comisiones informaran a los municipios de su jurisdicción. El Presidente de la República la presidirá y estará integrada por todos los Ministros del gabinete y demás miembros que establezca el reglamento.

Artículo 6º.

En el artículo 8o del proyecto, se modifica el título refiriendo que también son de ""salud pública"", se suprime el parágrafo por haber sido incorporado en el artículo 5o, numeral 4, se señala su integración, se precisan todos los ámbitos, no sólo el departamental y se determina el tiempo de reglamentación. Se aclara que las decisiones de esta Comisión deberán ser consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo.

Este artículo pasa a ser el 6o del informe de ponencia. Quedará así:

Artículo 6°. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes de Salud y Salud Pública. Los Gobernadores y Alcaldes conformarán la Comisión

Intersectorial de Determinantes de Salud y Salud Pública en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de esta ley, con los secretarios de sus gabinetes. Las comisiones intersectoriales revisarán la información epidemiológica del ámbito de su jurisdicción que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), el Consejo Territorial de Salud y la Dirección Territorial de Salud para establecer los determinantes a intervenir, analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIIS. Las decisiones de estas comisiones deberán ser consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41 de la Ley 152 de 1994 y, en las evaluaciones de los planes territoriales.

CAPITULO III

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 7º.

Respecto del artículo 9o del proyecto de Ley, el parágrafo 2o recoge los aportes de la propuesta de los partidos Liberal, de la U y Conservador. Se modifica redacción primer y segundo inciso y se adiciona un parágrafo. Se precisa que el Ministerio de Salud y Protección Social ejerce tanto la rectoría como la dirección del Sistema. Se elimina el inciso 4o por ser repetitivo y por generar connotación en cuanto al carácter del Consejo Nacional de Salud, que tiene papel asesor, más no de dirección. Deroga, entre otros, el artículo 4° de la Ley 1438 de 2011.

Este artículo pasa a ser el 7o del informe de ponencia y quedará así:

Artículo 7°. Rectoría y dirección del sistema. La rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La dirección del Sistema de Salud consiste en formular y desarrollar las políticas públicas de salud en el ámbito nacional, presentar iniciativas legislativas y ejecutar las disposiciones legales, dirigir la actividad administrativa y, ejercer la coordinación sectorial. En el ámbito nacional le corresponde ejercer las competencias a cargo de la Nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen.

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.

Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán, en lo posible, atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud, relacionadas con las funciones que para estos Consejos señala la presente Ley.

Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, la cual garantizará el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicos, privados y mixtos y la participación social en la salud"

Artículo 10º

En el artículo 10o del proyecto de Ley, se corrigen nombres de los Ministerios y orden de los mismos. se elimina el detalle de la composición y se garantiza que estén representados determinados estamentos, en forma plural, dejando a la reglamentación el número y los mecanismos de selección, bajo los principios propuestos en el mismo artículo.

Se suprimen títulos en los parágrafos. Se radica la competencia de definir el presupuesto, en la respectiva ley anual de presupuesto.

Se modifica concepto de "viáticos" porque no son servidores públicos los miembros no gubernamentales. Este artículo pasa a ser el 8o del informe de ponencia, y quedará así:

Artículo 8o. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia asesora del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Director de Planeación Nacional.

Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:

1. Gobiernos Territoriales

2. Trabajadores

4. Profesiones de la salud

5. Pacientes

6. Academia, facultades y escuelas de salud

7. Empresarios

8.Grupos étnicos

El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) formará parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. Y podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional reglamentará el número de integrantes por cada estamento. Se procurará la paridad de género en la conformación del mismo. Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un período de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un período; su elección se realizará por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente, reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 2. Los representantes gubernamentales serán los funcionarios que ejerzan el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud. La respectiva ley anual definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán los gastos de transporte, hospedaje y alimentación y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento establecido por el mismo Consejo.

Artículo 9º.

En el artículo 12 del proyecto de Ley, se precisa la redacción. En el numeral 4o se modifica la expresión "velar" por la de "monitorear" que es más específica. Se incluye un numeral adicional, correspondiente al 7, otorgándole la facultad para consolidar los informes territoriales trimestrales, lo cual constituirá un insumo clave para saber las dificultades que existen en las diferentes regiones del país con el desempeño del Sistema de Salud.

Se mantiene el sentido del artículo. Este artículo pasa a ser el 9o del informe de ponencia y quedará así:

Artículo 9o. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Proponer al Ministro de Salud y Protección Social las políticas públicas nacionales de salud, en especial, de salud pública.

2. Proponer políticas orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto del Sistema de Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública de otros sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud, considerando enfoques transversales, estructurales e intersectoriales de la salud, para el ámbito territorial y nacional. El Ministro de Salud y Protección Social presentará estas iniciativas ante el CONPES, el Departamento Nacional de Planeación y demás instancias intersectoriales, según el tema.

3. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud.

5. Presentar semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes.

6. Adoptar su propio reglamento.

7. Consolidar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de política públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

Parágrafo 1. El Ministro de Salud y Protección Social deberá justificar al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas que se hayan aprobado y de la ejecución de las mismas cada año.

Artículo 10º.

En el artículo 13, se modifica la redacción, se suprime intervención del representante de la Superintendencia y se suprime la palabra "técnicamente" como atributo o calidad de la función de recomendar. La denominación de "Universidades" se cambia por la de "instituciones de educación superior y se cambia la expresión "deberán" publicar por "podrán", dada su autonomía en materia de decidir lo que publican o no. Este artículo pasa a ser el 10 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 10. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente, y contará con un (1) representante de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, mixta o privada.

Podrán presentar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, propondrán las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del Sistema de Salud y de sus recursos en el Territorio.

El Consejo Departamental o Distrital de Salud deberá recomendar la construcción del Plan Territorial de Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas.

Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior en el respectivo ámbito de su jurisdicción, las cuales deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.

Artículo 11.

En el artículo 14 del proyecto de ley, se modifica la redacción del numeral 6: "6. Diseñar y poner en marcha el Sistema Público Unificado de Información en Salud -SPUIIS." De forma que se redacta: "6. Diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIIS.", dándole un sentido más integral. Igualmente, en el numeral 3o se sustituye la palabra "agentes" por la de "actores", dado que agentes da una connotación de "agencias", que no es pertinente en el contexto de los actores que sí obran como parte del Sistema. Este artículo pasa a ser el 11 del informe de ponencia, el cual quedará, así:

Artículo 11. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

1. Presentar al Consejo Nacional de Salud la política pública gubernamental de salud cada cuatro (4) años, para su concertación y recomendaciones.

2. Dirigir la ejecución, seguimiento, evaluación e implementación de las políticas públicas de salud en todo el territorio nacional en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial.

3. Expedir las normas para la ejecución de las políticas de salud por parte de los actores del sistema.

4. Presentar al Consejo Nacional de Salud iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Nacional de Salud para su consideración y recomendaciones.

5. Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.

6. Diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIIS.

7. Prestar la asistencia técnica al nivel territorial para garantizar la implementación del Sistema de Salud.

Artículo 12.

En el artículo 15, se cambia el título del artículo para hacerlo coherente con el contenido del mismo y se realizó ajuste en redacción, en especial del segundo inciso. Este artículo pasa a ser el 12 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 12. Evaluación y coordinación en el Sistema de Salud. El Ministro de Salud y Protección Social convocará, de manera periódica, cada cuatro (4) meses, a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país en un Comité Ejecutivo Nacional, el cual tendrá como finalidad, evaluar el desarrollo del Sistema de Salud y coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional, conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.

Los directores departamentales de salud, convocarán a los directores territoriales de salud de municipios y distritos cada cuatro 4 meses, para celebrar un comité ejecutivo departamental que tendrá como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y el seguimiento a la ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios y distritos.

Artículo 13.

El artículo 17 se integra con el 16, precisa su redacción y alcance, determinando con mayor precisión el sentido del territorio de salud y define el papel de las direcciones territoriales de salud en los territorios de salud de su competencia. Se toma los aportes de lo propuesto por los partidos Liberal, de la U y Conservador. Este artículo pasa a ser el 13 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 13. Territorio de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo así una gestión en salud que fortalezca i) el diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial, ii) la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y iii) el cierre de brechas e inequidades en salud. Los agentes del Sistema de Salud desarrollarán sus funciones - desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en redes, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas y poblaciones que allí habitan.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los Territorios de Gestión de Salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes

elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basada en vecinos más cercanos entre municipios o distritos de distintas tipologías y iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales.

Parágrafo 2. Cuando se requiera las Entidades territoriales podrán asociarse para dar respuesta conjunta a las necesidades sociales de la salud compartidas por los territorios. Las Direcciones Territoriales de Salud deben garantizar la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho fundamental a la salud de la población en el territorio de salud.

CAPÍTULO IV

PRESTACIÓN DE SERVICIOS E INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO

Artículo 14.

El artículo 50, pasa a ser el artículo 14 del informe de ponencia. En este mismo artículo se fusiona el artículo 51 del proyecto. El sentido de la redacción es el mismo de los artículos fusionados, adicionando en la atención en salud lo relativo a la predicción. En el informe de ponencia este artículo pasa a ser el artículo 14.

El artículo 14 quedará así:

Artículo 14. Cobertura de atención del Sistema de Salud. De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, la prestación de salud es garantía del derecho por lo que toda persona nacional o extranjera podrá solicitar la prestación de servicios de salud; se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud a quien lo solicite. La Atención en salud comprende la prestación de servicios y tecnologías en salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya la promoción, la prevención, la predicción, la atención de la enfermedad, la rehabilitación, la paliación y muerte digna.

Conforme a los artículos 13 y 100 de la Constitución Política, se garantizará la atención en salud de urgencias a toda persona nacional o extranjera en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos correspondientes a esta atención.

A los extranjeros con residencia temporal y a los turistas, se les exigirá un seguro de salud contra el cual los Fondos Regionales de Salud podrán generar recobros por los servicios prestados.

Artículo 15.

El artículo 52 del proyecto, se modifica y acoge la sugerencia de los partidos Liberal, de la U y Conservador. De esta forma se integra el sistema integral de calidad, en forma íntegra, definiendo sus diferentes caracteres. Este artículo pasa a ser el 15 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 15. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Gobierno Nacional en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes:

15.1. Habilitación de los Agentes en el nivel nacional, departamental, distrital y comunitario. Las Características mínimas para la operación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el suministro de tecnologías de salud, tanto públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud. Así como, los indicadores relacionados con la rendición de cuentas por sus resultados clínicos, financieros de Salud y de gestión, como elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.

15.2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. Mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación superiores a los que se determinan como básicos en el componente de habilitación.

15.3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. Definirá los incentivos correctos en las relaciones y acuerdos de voluntades entre los distintos agentes del Sistema de Salud. El SICA formulará, monitoreará y evaluará los elementos que modularán dichas relaciones con una visión integral de sistema, enfoque diferencial territorial y sociocultural, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión, centrado en las necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.

15.4. Desarrollo de Capacidades Institucionales y de Talento Humano en Salud. El Estado desarrollará, de forma dinámica, la generación de capacidades institucionales de cuidado integral de salud de las personas, familias y sus comunidades, desde los ámbitos clínicos hasta los propios del Aseguramiento Social en Salud y la política pública. A su vez, promoverá la adecuada formación, y entrenamiento del talento humano en salud, adecuado a las necesidades territoriales del país presentes y futuras, el trato digno y diferencial a los usuarios del sistema y armonizado con las políticas, planes y acciones del sector educación y otros, en esta materia.

15.5. Monitoreo y evaluación del desempeño del Sistema de Salud y sus agentes. Desarrollará un sistema integral de monitoreo y evaluación del desempeño de los distintos agentes del Sistema de Salud, armonizándose adecuadamente con las diferentes fuentes de información disponibles, el Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el Sistema Público Unificado de Información en Salud (SPUIS), utilizando la interoperabilidad de sistemas, bajo el principio de eficiencia en el uso de la información. Este componente deberá desarrollar visualizaciones para los distintos agentes del sistema y los usuarios que den cuenta, de manera general y fácil comprensión, de sus hallazgos.

15.6. Acreditación y Excelencia en Salud. Formulará e implementará políticas, planes, estrategias o acciones tendientes al mejoramiento progresivo y sistemático de la calidad de los agentes del Sistema de Salud, hacia niveles superiores o de excelencia.

15.7. Innovación Social en Salud. Desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a la búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud tanto de los individuos, familias, como sus comunidades, fomentando el trabajo conjunto del Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales, los agentes del Sistema de Salud, los usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse. Este componente promoverá el empoderamiento de las personas y las comunidades, propendiendo la transformación de los procesos institucionales de los agentes intervinientes con base en evidencia.

Todos los desarrollos de los componentes del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) deberán guardar armonía entre sí, contar con un enfoque en resultados en salud y buscar el mejor desempeño del Sistema de Salud y de los integrantes del Sistema de salud.

CAPITULO V

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO - ISE

Artículo 16.

El artículo 53 del proyecto de ley, se integra con otros artículos que refieren a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El artículo 55, pasa a ser el artículo 16 del informe de ponencia y se fusiona con el 32 del proyecto, el cual quedará así:

Artículo 16. Naturaleza y objeto de las Instituciones de Salud del Estado-ISE. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado -ISE, será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado. La prestación de servicios de salud por la Nación y por las entidades territoriales será de carácter social, a través de Instituciones de Salud del Estado– ISE. Estas instituciones constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Artículo 17.

El artículo 56 del proyecto es el artículo 17 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 17. Objeto. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado -ISE, será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Artículo 18.

En el artículo 57 del proyecto de ley, se propone excluir los requisitos los cuales pueden incluirse en la reglamentación que se expida en la materia otorgando flexibilidad a los mismos. Corresponde al artículo 18 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 18. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE, se agruparán por niveles de baja, mediana y alta complejidad, y operarán en redes integrales e integradas de Servicios de Salud en los términos definidos en la presente ley.

El Gobierno Nacional reglamentará las tipologías y niveles de complejidad y clasificará las Instituciones de Salud del Estado ISE mediante el reglamento.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas por cada tipología institucional y de servicios de salud.

Los Departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en red integral e integrada.

Los departamentos y distritos que a la fecha de expedición de la ley tienen Empresas Sociales del Estado creados en red, por Ordenanzas o Acuerdos, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el Sistema de redes integradas e integrales de prestación de servicios. La creación de Instituciones de Salud del Estado, ISE se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 19.

El artículo 58 del proyecto de ley, se le cambia la expresión "a cuyo efecto" por la de "en esta materia", al determinar su asimilación a las empresas industriales y comerciales en materia presupuestal, según el numeral 2. En sentido del artículo se mantiene igual al artículo 58 y pasa a ser el artículo 19 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 19. Régimen jurídico. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión “Instituciones de Salud del Estado – ISE”.

2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5º del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas en esta materia a las Instituciones de Salud del Estado-ISE.

3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.

4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Artículo 20.

En el artículo 59 del proyecto de ley, se precisa que el Ministerio de Salud y Protección Social define los estándares de presupuestación por tipología de ISE. Igualmente, el portafolio de servicios debe entenderse en el marco del plan de salud. Pasa a ser artículo 20 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 20. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE.

2. El portafolio de servicios de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.

3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.

4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.

5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Instituciones de Salud del Estado - ISE se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios de salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ningún caso, la Administradora de Recursos para la Salud ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 21.

En el artículo 60 del proyecto, se precisa que cuando hay cofinanciación de los presupuestos por parte de la Nación, se realizará el examen de la coherencia financiera, eliminando la expresión de "conveniencia", que otorga ambigüedad a la aprobación de los presupuestos. El Ministerio de Salud y Protección Social evalúa cuando coloca recursos para garantizar el cierre financiero Se precisa el ente responsable de la aprobación del presupuesto de las ISE, que es su Consejo directivo. En el informe de ponencia este artículo pasa a ser el 21, el cual quedará así:

Artículo 21. Aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado de Mediana y Alta Complejidad. Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se deberá adelantar el siguiente trámite:

1. En el mes de julio de cada vigencia el director de la institución de Salud del Estado – ISE presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración.

3. De acuerdo con la Dirección Territorial de Salud se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.

4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado -ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestales.

5. Una vez aprobado por el Consejo Directivo, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado – ISE para su ejecución.

Parágrafo. Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Artículo 22.

El artículo 61 se mantiene en el proyecto de ley, Los hospitales se financian con las fuentes tanto de venta de servicios como de las rentas cedidas que se permiten liberar de subsidios de demanda a subsidios de oferta. Se elimina la palabra de "priorizar" los pagos con la palabra de "garantizar" los pagos por parte de los directores de las ISE. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 22, el cual quedará así:

Artículo 22. Giro de los recursos. Los recursos que financian el presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado– ISE para financiar los servicios de salud, distintos de la venta de servicios que serán pagados por los Fondos Regionales, serán girados por la Administradora de Recursos para la Salud ADRES y los fondos de salud del orden territorial, según corresponda. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado– ISE garantizarán los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a la misma y demás gastos de personal.

Artículo 23.

El artículo 63, se precisa en dos sentidos: 1. El Ministerio de Salud y Protección Social define los parámetros para avanzar en el proceso de compras conjuntas. 2. Se elimina "Las compras de los insumos, dispositivos, tecnologías y medicamentos de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) de naturaleza pública, se realizarán a través de los hospitales de servicios de mediana o alta complejidad de los territorios que corresponda, o mediante asociaciones entre las instituciones públicas de salud. Las compras conjuntas deben ser mayoritarias, según los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha eliminación se basa en que son los ordenadores del gasto respectivos los que tienen la facultad de contratar, sin necesidad de entrar a explicar quiénes son los competentes, los cuales lo harán en el marco del programa de compras multinivel que establezca el programa de compras conjuntas, según los parámetros establecidos por Colombia Compra Eficiente y por el Ministerio de Salud y Protección social. Finalmente se aclara que las cláusulas exorbitantes podrán ser pactadas, según la naturaleza de los contratos como actualmente existe con el régimen de contratación de las ESE, en especial las cláusulas de terminación, interpretación unilateral y caducidad de los respectivos contratos, que en

principio no corresponden a las cláusulas comerciales o civiles, sino que son propias de la contratación pública, lo cual ha sido ya aceptado por la jurisprudencia en esta materia. Este artículo pasa a ser el 23 en el informe de ponencia y quedará así:

Artículo 23. Régimen de contratación. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado ISE.

Artículo 24.

El artículo 64 pasa a ser el artículo 24 del informe de ponencia.

Artículo 24. Órganos de dirección y administración. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.

Artículo 25

El artículo 65 del proyecto de ley, se modifica en cuanto a la posibilidad de reelección de los miembros de la junta, en el periodo inmediatamente siguiente, para promover una mayor democratización. En los demás aspectos no tiene modificaciones y pasa a ser el artículo 25 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 25. Integración del Consejo Directivo. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

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

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

3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.

4. Dos (2) representantes de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

Parágrafo 1°. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.

Parágrafo 2°. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado - ISE se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo.

Parágrafo 3°. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.

Parágrafo 4°. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia.

Artículo 26

En el artículo 66, se realiza una precisión que incluye el año de la Ley 617 (inciso 2o). El artículo 66 pasa a ser el artículo 26 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 26. Requisitos para el cargo de director de Instituciones de Salud del Estado-ISE. Para el desempeño del cargo de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se deberán acreditar los siguientes requisitos:

1. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de baja complejidad. Se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por las Leyes 136 de 1994 y 617 de 2001, y demás normas que las modifiquen o adicionen.

2. Para la categoría especial y primera se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de dos (2) años en el sector salud.

3. Para la categoría segunda se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de un (1) año en el sector salud.

4. Para las categorías tercera, cuarta, quinta y sexta se exigirá como requisitos, título profesional en el área de la salud y experiencia profesional de un (1) año, en el sector salud.

5. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de servicios de salud de mediana complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para ocupar este cargo son: Título profesional en áreas de la salud, económicas o administrativas; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud u otro en el área de la administración en salud; y experiencia profesional de tres (3) años en el sector salud de los cuales dos (2) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.

6. Director de Institución de Salud del Estado -ISE de servicios de salud de alta complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para el desempeño de este cargo son: Título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud y título de posgrado en economía, administración o afines; o Título profesional en el área de conocimiento de ciencias económicas o administrativas, y título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria o administración en salud. Y experiencia profesional de cuatro (4) años en el sector salud de los cuales tres (3) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.

7. El empleo de director de Institución de Salud del Estado - ISE será de dedicación exclusiva y de disponibilidad permanente; el título de postgrado no podrá ser compensado por experiencia de cualquier naturaleza.

Artículo 27.

El artículo 67 se mantiene. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 27, el cual quedará así:

Artículo 27. Provisión del empleo de director. La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se efectuará por la respectiva autoridad nominadora, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará periódicamente una lista de aspirantes, de acuerdo con el reporte que le remitan las Instituciones de Educación Superior y el Departamento Administrativo de la Función Pública, respecto de los aspirantes que acreditan haber realizado el curso de Administración Hospitalaria y la prueba de competencias, respectivamente. La periodicidad de las pruebas y los parámetros requeridos para las pruebas, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La lista de aspirantes al empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, tendrá una vigencia de cinco (5) años.

Se determinará un nivel o puntaje mínimo para dirigir instituciones de baja, mediana y alta complejidad. Las entidades territoriales no podrán nombrar directores que no certifiquen haber obtenido en los últimos cinco años el nivel mínimo requerido para la institución respectiva, según su complejidad.

Los Cursos de Administración Hospitalaria válidos para el proceso de provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, serán los impartidos por las instituciones de Educación Superior que cumplan con los requisitos y lineamientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 28

El artículo 68 del proyecto se mantiene igual. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 28, el cual quedará así:

Artículo 28. Educación continua y actualización en administración de servicios de salud. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, privadas y mixtas deberán realizar un curso de actualización en Administración Hospitalaria cuando cumplan dos (2) años de servicio continuos o discontinuos en el cargo.

Los eventos académicos de educación continuada y actualización en Administración Hospitalaria serán diseñados teniendo en cuenta los avances en la ciencia de la administración pública, la reingeniería del gobierno, la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud centrados en las personas y las comunidades, así como la responsabilidad en el manejo técnico misional, presupuestal y financiero de la entidad, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección. Serán financiados por la respectiva Institución Sanitaria, ya sea pública, privada o mixta.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Escuela Superior de Administración Pública, convendrá y estructurará los planes y programas de formación, asistencia técnica y capacitación, para el desarrollo de las capacidades institucionales que exija la implementación del Sistema de Salud."

Artículo 29.

El artículo 69 se mantiene. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 29, el cual quedará así:

Artículo 29. Causales de retiro del director. Serán causales especiales de retiro del director de la ISE, la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exijan o por evaluación insatisfactoria de acuerdo con el procedimiento que determina la ley 1438 de 2011 que se entenderá aplicable en reemplazo de las Empresas Sociales del Estado a las Instituciones de Salud del Estado-ISE de que trata la presente Ley y demás normas que la modifiquen o sustituyan.

Artículo 30.

El artículo 70 se mantiene igual que en el proyecto de ley. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 30, el cual quedará así:

Artículo 30. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado."

Artículo 31.

El artículo 71 del proyecto se mantiene. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 31, el cual quedará así:

Artículo 31. Evaluación del plan de gestión del director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal de retiro del servicio del director por parte del nominador, para lo cual el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley.

6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE, dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Artículo 32

El artículo 72 se mantiene, aclarando que todas las modalidades de vinculación, incluidas las de obra y labor, son relaciones laborales formales, que dan derecho al cálculo de las respectivas prestaciones y el trabajador tiene derecho en esa modalidad a las afiliaciones de salud, pensiones y riesgos laborales. Se modifica el tercer inciso del artículo 72, en el sentido de preservar la categoría de los trabajadores oficiales que se encuentren a la fecha de vigencia de la presente ley con las Empresas Sociales del Estado. Se reordenan los numerales para garantizar un orden de lo general a lo particular de cada categoría de empleo. Este artículo en el informe de ponencia pasa a ser el artículo 32, el cual quedará así:

Artículo 32. Régimen Laboral. Para todos los efectos legales, los servidores públicos con funciones de dirección, conducción, orientación y asesoría institucional cuyo ejercicio implica la adopción de políticas o directrices o los de confianza que estén al servicio del director general de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, se clasifican como empleados públicos de libre nombramiento y remoción.

Los servidores públicos que tengan la calidad de empleados públicos se vincularán mediante nombramiento del director general y su régimen legal será el establecido por la Ley 909 de 2004 y las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, propias de tales empleados en lo que no riña con la presente ley.

Los demás servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, y de las Instituciones mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, serán de régimen especial, quienes tendrán el carácter de trabajadores estatales de la salud y estarán sometidos al régimen laboral propio establecido en la presente ley. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido para los servidores públicos que, a la vigencia de la presente ley, tienen la calidad de trabajadores oficiales.

Son normas especiales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, las siguientes:

1. Los trabajadores estatales de la salud serán vinculados mediante contratos de trabajo suscritos por el director, por término definido o indefinido, por obra o labor y se regirán por lo dispuesto en la presente ley, lo pactado en el contrato de trabajo y en el reglamento interno. La vinculación se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y la evaluación de las competencias, de lo cual se dejará evidencia.

2. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de trabajadores estatales de la salud requerido para la prestación de servicios, de acuerdo con las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno Nacional.

3. En materia de la jornada laboral, los trabajadores estatales de la salud de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan; el Consejo Directivo señalará la manera como se dará cumplimiento a la jornada laboral en donde se tendrá en cuenta la naturaleza del cargo o actividad, la intensidad horaria y su cumplimiento por áreas de servicio.

4. A los trabajadores estatales de la salud se les aplicará las previsiones que en materia de negociación colectiva aplica a los empleados públicos de la rama ejecutiva nacional, para lo cual deberá observarse lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992 y demás normas pertinentes.

5. En lo relacionado con la administración del personal, a los trabajadores estatales de la salud les serán aplicables en lo pertinente las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.

6. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes y con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992; la de los trabajadores estatales de la salud la fijará el Consejo Directivo de la respectiva institución, para lo cual tendrá en cuenta los parámetros que para su efecto fije el Gobierno Nacional.

7. El retiro para los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se dará por las causales legales señaladas por la Ley 909 de 2004 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan; para los trabajadores estatales de la salud lo serán por las mismas causas, por la terminación de la obra o labor o el cumplimiento del término pactado o por razones disciplinarias, y en caso de supresión del cargo, se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

8. Los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE estarán sometidos al régimen disciplinario único fijado por la Ley 1952 y las normas que la modifiquen o complementen.

Artículo 33

El artículo 73, se adiciona en el parágrafo 5o para señalar que los trabajadores oficiales del sector de la salud, seguirán rigiéndose por la ley 10 de 1990. Este artículo pasa a ser el 33 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 33. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, conservarán el carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, momento a partir del cual continuarán laborando, sin solución de continuidad y sin que en ningún momento se desmejoren sus condiciones laborales.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE.

Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria, así como los empleados públicos que sean incorporados automáticamente a la

nueva planta de personal y su relación sea ajustada al nuevo régimen, se computará, con el tiempo servido en la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.

Parágrafo 1. Los procesos de selección que se encuentren en curso, a la entrada en vigencia de la presente ley, para proveer empleos de carrera de los empleados de las Instituciones de Salud del Estado -ISE culminarán, pero el uso de las listas de elegibles resultantes se entenderá que serán usadas bajo el nuevo régimen y por tanto, no se usarán para proveer empleos de carrera administrativa, sino excepcionalmente y por una vez, para los contratos de trabajo de régimen especial de que trata la presente Ley y según las necesidades del servicio y su sostenibilidad financiera.

Parágrafo 2. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente ley. se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado-ISE respetarán los derechos adquiridos por los trabajadores oficiales de la salud en materia salarial y prestacional, derivados de la ley, los acuerdos laborales o la convención colectiva de trabajo. En todo caso, no podrá haber desmejoramiento de las condiciones laborales.

Parágrafo 4. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los trabajadores estatales de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.

Parágrafo 5. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Artículo 34.

El artículo 74 se elimina pues se refiere a la obligación de rango constitucional de que las instituciones ISE cuenten con el control interno. Por lo cual no se hace necesario redactarlo en el proyecto.

El parágrafo del artículo 75 se suprime, dado que en materia tributaria es necesario precisar los elementos sustantivos de la obligación tributaria en cuanto al monto de la exención y el impuesto debidamente identificado. Igualmente se añade la expresión "o quien lo sustituya" cuando se alude al Fondo Nacional de Regalías, en la idea de que tales recursos son los que deben ser identificados, independientemente del mecanismo a través de los cuales se administren. Se aclara que con recursos del Sistema General de Regalías se pueden financiar los gastos de inversión y se elimina lo relativo al Fondo nacional de Regalías ya liquidado. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 34, el cual quedará así:

Artículo 34. Entidad de Salud del Estado Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos o de difícil acceso geográfico, operará una Entidad de Salud del Estado Itinerante o ambulante del orden nacional, que prestará atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la policía nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Instituciones de Salud del Estado -ISE itinerantes serán financiadas con recursos provenientes de los fondos territoriales de salud o recursos del Sistema General de Regalías cuando se trate de gastos de inversión.

Artículo 35

El artículo 32 del Proyecto de Ley se reubica como artículo 35 del informe de ponencia, dado que trata del fortalecimiento de las Instituciones de Salud del Estado ISE. Igualmente se alude a las direcciones territoriales de salud para comprender todas las posibles figuras jurídico administrativas con las cuales se estructuran tales instancias diferencialmente en el territorio nacional. El artículo 35, quedará así:

Artículo 35. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento y dotación en Salud con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar cada cuatro (4) años los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con el período de gobierno, y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste. Este plan se financiará con los recursos del Fondo Único Público para la Salud y con otros recursos de las entidades territoriales.

CAPITULO VI

REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD - RIISS

Artículo 36

El artículo 76 del proyecto se modifica, eliminando lo relativo a la telemedicina, pues corresponde al uso de las tecnologías de información y telecomunicaciones, que serán desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección social y el Ministerio de las TICS. Se reagrupa la clasificación de las redes en cuatro (4) categorías, que permite una mejor precisión de cada categoría. Se integra lo relativo a la autorización y organización de las Redes al artículo 39 del informe de ponencia, dejando en este solamente la definición de las Redes, con lo cual se elimina el parágrafo 1o. El parágrafo 2o pasa a ser un inciso del artículo. Se deja claro que las redes son establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. El artículo 76 corresponde al artículo 36 del informe de ponencia y quedará así:

Artículo 36. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), debidamente establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entendidas como el conjunto de instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesiones independientes de salud, que harán acuerdos de voluntades para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural, y diferencial.

En el Sistema Único de Aseguramiento Social en Salud las personas tendrán derecho a elegir libremente entre las entidades responsables de los riesgos en salud y financiero públicas dentro de la oferta disponible en el respectivo territorio de salud.

Habrá libre elección en la escogencia del profesional de salud que atiende en los centros de atención primaria; se podrá elegir la red de prestación disponible para el centro de atención primaria, desde el

cual podrá escoger los proveedores y prestadores de atención especializada; se respeta la portabilidad entre barrios, localidades, municipios y departamentos; habrá libre elección en la prestación de la red de urgencias.

Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación. Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna se suministrarán por las Redes con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Sin perjuicio de la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud-CAPS, las personas podrán acceder a la consulta médica cerca del sitio de trabajo, dentro de la oferta de CAPS disponible del agente público, privado o mixto responsable de la gestión de sus riesgos de salud y financiero.

Las redes integrales e integradas de servicios son:

1. Redes de nivel primario

2. Redes de nivel complementario como servicios ambulatorios y hospitalarios

3. Red de urgencias y emergencias médicas relativas a la atención prehospitalaria y extrahospitalaria

4. Redes de apoyo de Rehabilitación; de Laboratorios, de Bancos de sangre, donación y transplantes de órganos y tejidos y de servicios farmacéuticos.

Las Redes se soportarán en las tecnologías de la información y la comunicación, cuya reglamentación técnica y operativa le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones."

Artículo 37

El artículo 77 se modifica para precisar que las instituciones privadas y mixtas podrán integrar las redes integrales e integradas de servicios de salud y ser Centros de Atención Primaria en Salud. Respecto de estos últimos se aclara que " a cuyo efecto se tendrán como parámetros los presupuestos estándar con incentivos por dispersión y calidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social." Esta aclaración es necesaria, toda vez que los Centros de Atención Primaria cualquiera sea su carácter deben funcionar bajo parámetros estándar, dado que independientemente que los atiendan particulares o sean mixtos, se someten a la regulación de oferta pública de los servicios que se encuentran a su cargo. El artículo 76 corresponde al artículo 37 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 37. instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas en la prestación de servicios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integradas e integrales de servicios de

salud. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen de tarifas y formas de pago, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.

Los Centros de Atención Primaria en Salud podrán ser instituciones públicas, privadas y mixtas. Las instituciones privadas y mixtas podrán contratarse para ofrecer los servicios de atención básica en salud dentro de las Redes integrales e integradas de servicios de salud, a cuyo efecto se tendrán como parámetros los presupuestos estándar con incentivos por dispersión y calidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 38

El artículo 78 fue modificado, precisando el alcance de los criterios de las redes integrales e integradas de salud. Se recogen los mismos elementos del texto original. En el numeral 1, se aclara que la expresión "nivel complementario" en realidad se refiere a "mayor complejidad". En el numeral 5. se aclara que los resultados no son solo clínicos sino también en salud pública, satisfacción y calidad. Igualmente se toma en consideración el aporte del partido de la U, el Partido Liberal y el partido Conservador. Se defiere al Ministerio de Salud y Protección Social el señalamiento de requisitos y condiciones de funcionamiento y organización de las redes. El artículo 78 corresponde al artículo 38 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 38. Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios de Gestión de Salud dando prioridad a la red pública como eje articulador de las mismas. La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios. El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS, con fundamento en los siguientes parámetros:

1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y diferenciales, establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.

El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, y un nivel complementario que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas.

2. Rectoría y Gobernanza. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar

la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. Organización y gestión. Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que son captados por el Sistema Público Único Integral de Información en Salud - SPUIIS.

4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán presentar resultados clínicos de salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA).

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así como los requisitos y condiciones para su organización y conformación.

Artículo 39

En el artículo 79 se precisa la responsabilidad de organización de las redes integradas e integrales en cabeza del Ministerio de Salud y Protección social, con el apoyo y participación de las direcciones de salud. Se elimina la expresión "Las entidades departamentales y distritales según corresponda, organizarán y conformarán, previa concertación, las redes integradas e integrales de servicios de salud.", dado que las Redes suponen integrar territorios que pueden trascender los límites político administrativos. La esencia de este artículo se mantiene y se simplifica la redacción para no hacer repetitivos algunos de sus apartes con otros contemplados en el proyecto. Igualmente se toma en consideración el aporte del partido de la U, el Partido Liberal y el partido Conservador. El artículo 79 corresponde al artículo 39 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 39. Organización y Conformación de las Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud – RIISS. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud se organizarán y autorizarán para un Territorio de Salud, por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de las direcciones Departamentales y Distritales que pertenezcan al territorio de salud. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Todas las Instituciones de Salud del Estado de alta complejidad, se habilitarán como hospitales universitarios en un plazo no mayor de dos años a partir de la vigencia de esta Ley.

Artículo 40

Se crea un nuevo artículo que establece un conjunto de parámetros para el monitoreo sobre el desempeño de las Redes Integrales e Integradas como un todo. Este artículo es de iniciativa de los partidos Liberal, Conservador y de la U. En la ponencia corresponde al artículo 40, el cual quedará así:

Artículo 40. Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social generará un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), el cual estará bajo el marco del Sistema Publico Unificado de Información en Salud (SPUIS).

El Sistema de Monitoreo de las RIISS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de salud y prestará especial atención a los siguientes componentes:

1. Seguimiento a cohortes de riesgo.
2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).
3. Efectividad de la Atención en Salud.
4. Cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud.

El Sistema de Monitoreo deberá generar alertas tempranas que permitan actuar oportunamente por parte de los distintos agentes del Sistema de Salud, evitando la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Artículo 41

Del artículo 80 del proyecto de ley, se suprime la expresión porque toda la prestación de servicios se encuentra encaminada a garantizar el derecho a la salud. Con ello se aclara la dispensación de medicamentos como componente esencial de la prestación de servicios de salud. En el informe de ponencia, el artículo 80 quedará como artículo 41, así:

Artículo 41. Prestación de servicios médicos asistenciales. La prestación de servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y paliación, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 42

Del artículo 81 del proyecto de ley, se ajusta la redacción para precisar el año de la Ley 1751 de 2015. Se incluye el siguiente texto "El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del sistema de salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga en los servicios farmacéuticos de lPS.” En el informe de ponencia, el artículo 81 queda como 42, así:

Artículo 42. Servicios Farmacéuticos. Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema de Salud deberán habilitar dicho servicio, de acuerdo con la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

La prestación de servicios médicos asistenciales incluye los servicios de atención prehospitalaria, de urgencias, el transporte de pacientes y los servicios farmacéuticos, orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del sistema de salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga en los servicios farmacéuticos de lPS.
El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará la política farmacéutica nacional en los términos dispuestos en la Ley 1751. El Ministerio de Industria y Comercio participará en la formulación de la política, en lo de su competencia.

Artículo 43

Para el entendimiento del artículo 82, debe enfatizarse en que los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, son parte de la Red Nacional de Urgencias y apoyo del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD), el cual fue creado mediante el Decreto 919 de 1989 como un conjunto de entidades públicas, privadas y comunitarias que se integran con el objeto de dar solución a los problemas de seguridad de las poblaciones que presenten riesgos en su entorno físico por fenómenos naturales y antrópicos, respetando la autonomía regional y local. El artículo reafirma que es a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud las que les corresponde garantizar de manera directa o a través de convenios o contratos, la organización de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, la cual deberá realizarse mediante acto administrativo expedido por la respectiva entidad territorial. Pero así mismo las direcciones municipales y distritales deben organizar estas tareas en forma complementaria, en coordinación con los CRUE departamentales. En tal sentido se modifica, en el informe de ponencia queda como artículo 43, así:

Artículo 43. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales con el apoyo del CRUE del nivel seccional y las entidades Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, el que podrá integrarse con otros servicios de emergencia como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja. Así mismo, les corresponde la coordinación de la red de urgencias y de los servicios de atención básica domiciliaria a personas con limitación de la movilidad y a las personas sin hogar o en precaria condición social.

Artículo 44.

El artículo 84, se integra al artículo siguiente, se unifican para dar claridad primero, en la definición de los Centro de Atención Primaria en Salud y luego sí señalar la adscripción de la población a los mismos, en el desarrollo y funcionamiento de los CAPS. Para el caso de los CAPS públicos, es el mismo proceso de tránsito que se hace de las ESE. Esto en consideración a que de entre las ESE que hay en el país varias de ellas, de nivel primario, que son equivalentes a CAPS. En cuanto a la adscripción de la población a los CAPS, se incluyó el siguiente texto: "Las personas podrán solicitar

temporalmente la atención primaria en un sitio diferente al lugar permanente de residencia, de acuerdo a normatividad

Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia, debe registrarse en el Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia".

Se toma en consideración para perfilar varias de las características del CAP los aportes del partido liberal, de la U y el partido conservador. Uno de esos aspectos que se resalta es no limitar en la ley el número de habitantes que se les adscribe, dejando una mayor flexibilidad para su configuración. En el informe de ponencia se identifica con el número 44, el cual quedará así:

Artículo 44. Centro de Atención Primaria en Salud y adscripción de la población. El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, en los que se establece el primer contacto de la población con el sistema de salud, que organiza la adscripción poblacional y presta servicios del nivel primario individuales, colectivos, sociosanitarios, ambientales a nivel intra y extramural. Será responsable de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social con la población asignada. Igualmente, será el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia y contrarreferencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad. Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de su preferencia en función de su lugar de residencia. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención primaria en un sitio diferente al lugar permanente de residencia, de acuerdo a la normatividad

Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia, debe registrarse en el Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia.

El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) facilitará el acceso con calidad a otros sectores del Estado, para dar respuesta integral a las necesidades identificadas en la población del espacio geográfico territorial asignado. Los servicios básicos deberán ser integrados progresivamente a la locación física del Centro de Atención Primaria en Salud, pero podrán disponerse inicialmente en las cercanías o incluso podrán contratarse algunos temporalmente, mientras se desarrolla la infraestructura propia. Las ESE de primer nivel transitarán a ISE tipo CAP dependiendo de su ubicación geográfica y capacidad resolutiva.

Los centros de Atención Primaria en Salud serán responsables de consolidar la información del total de la población a su cargo, en términos demográficos y de situación de salud, para planificar los servicios básicos y las acciones de promoción y prevención. Serán igualmente responsables de la vigilancia epidemiológica sobre la población que se le adscribe.

Los Centros de Atención Primaria en Salud deberán contar con un equipo técnico para la referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad, apoyado en el Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIS y en modernos sistemas de comunicaciones para lograr el

agenciamiento de las necesidades de su población adscrita con el apoyo de los centros departamentales y distritales de referencia de pacientes.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de conformación, integración y funcionamiento de los mismos, garantizando los espacios de participación de los usuarios y del personal asistencial.

Para el caso de las instituciones públicas, el Centro de Atención Primaria en Salud, se organiza como una Institución de Salud del Estado ISE de servicios de salud del nivel primario y puede o no, ser una unidad funcional de otra institución de salud del Estado.

De acuerdo con las características y los requerimientos en salud de las personas, familias y comunidad, que tiene en cuenta las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos, del área geográfica de influencia, existirán diversos Centros de Atención Primaria en Salud.

Las acciones del CAP direccionadas a través de los Equipos Territoriales de Salud deben ser universales, permanentes, sistemáticas y territorializadas en el área de la población adscrita con criterio de continuidad y contigüidad territorial.

Artículo 45

Artículo nuevo que señala la estructura y procesos de los Centros de Atención Primaria en Salud. En el informe de ponencia se identifica como el artículo 45, el cual quedará así:

Artículo 45. Estructura y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS. Los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS, de carácter privado o mixto, desarrollarán sus funciones bajo acuerdos de voluntades con el respectivo nivel territorial, que orientará el Ministerio de Salud y Protección Social. Los públicos lo harán bajo las condiciones de organización y ordenamiento que establezca y autorice el Ministerio de Salud y Protección Social, y con la participación activa de las entidades territoriales.

El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de las Direcciones de Salud, en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), determinará el número, la ubicación y las características de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos territoriales de Salud que deberán existir en los Territorios de Gestión de Salud.

Los Centros de Atención Primaria en Salud tendrán los siguientes procesos:

I. Administrativo y de atención al ciudadano:

a. Adscripción poblacional

b. Referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad y contrarreferencia al Centro de Atención Primaria en Salud y a los equipos de salud territorial.

c. Gestión de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

II. Prestación de servicios individuales y colectivos:

a. Caracterización social y ambiental e identificación del riesgo individual, familiar y comunitario, apoyado en el Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS

b. Elaboración de un plan de salud familiar y ambiental.

c. Desarrollo de acciones individuales, colectivas y socio sanitarias.

d. Desarrollo de acciones de apoyo a la gestión de la salud pública: vigilancia epidemiológica, inspección, vigilancia y control sanitario.

e. Gestión de programas de interés en salud pública.

f. Prestación de los servicios de salud que incluye medicinas alternativas, complementarias y saberes ancestrales.

III. Gestión intersectorial y participación social:

a. Coordinación con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y al territorio.

b. Promoción de la participación comunitaria de manera consciente activa y vinculante en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.

Cada Centro de Atención Primaria en Salud-CAPS deberá contar con una infraestructura física y tecnologías que se adapten a las condiciones diferenciales y particularidades del territorio, ya sean socioculturales geográficas y bioclimáticas, entre otras.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al desarrollo de la estructura y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS.

Artículo 46

Artículo que se adiciona porque el proyecto habla de los Equipos Territoriales de Salud, pero no se habla de ellos y no se precisó su contenido y funciones dentro del Sistema. Los partidos liberal, conservador y de la U especifican lo relativo a estos equipos. En el informe de ponencia se incluye como artículo 46, el cual quedará así:

Artículo 46. Equipos Territoriales de Salud. Los Equipos Territoriales de Salud son unidades funcionales y dinámicos de la prestación de servicios, conformados por perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidad asignadas de acuerdo con las condiciones socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos, del territorio asignado.

Los Equipos Territoriales de Salud como parte de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS son las unidades funcionales dinamizadoras de la atención primaria a nivel territorial de personas, familias y comunidades adscritas al respectivo CAPS. Tendrán a cargo la promoción, la prevención y la atención básica de grupos de familias adscritas a los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS de manera continua y contigua en el entorno del hogar, escolar, comunitario, laboral e institucional del respectivo territorio asignado. Estos equipos realizarán acciones permanentes de caracterización, detección temprana, protección específica, demanda inducida a los CAPS, articulación intersectorial y fomento de la participación social y comunitaria. La información poblacional recolectada, permitirá adoptar decisiones sobre la planificación de la salud, predecir posibles eventos de salud y gestionar los resultados de salud."

Artículo 47

El Artículo 85 del proyecto radicado sin modificaciones que se incorpora en el informe de ponencia con el número 47, el cual quedará así:

Artículo 47. Gestión de los servicios. Las remisiones para la prestación de servicios en su integridad estarán a cargo de las instituciones del Sistema de Salud sin trasladar, en ningún caso, la carga de los mismos a los pacientes y sus familiares. El acceso a los servicios será expedito y primará el derecho fundamental a la salud respecto de cualquier formalidad o trámite administrativo.

Artículo 48

El Artículo 86 se modifica en la redacción y faculta al Ministerio para regular su organización dentro del marco de operación de las Redes. En el informe de Ponencia corresponde al artículo 48, el cual quedará así:

Artículo 48. Sistema de referencia y contrarreferencia. El Sistema de Referencia y contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento, se define como el conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad, en la red integral e integrada de servicios de salud para dar respuesta a las necesidades de salud de manera oportuna, continua e integral y que permita el acceso universal de la población a las tecnologías que se requieran. El Sistema asegurará de manera progresiva que los servicios sean prestados lo más cerca posible del lugar de residencia y/o de trabajo de las personas.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el marco de la organización, gestión y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Artículo 49

El artículo 46 del proyecto de ley se modifica en la redacción del enunciado inicial y pasa como artículo 49, el cual quedará así:

Artículo 49. Consejo de Planeación y Evaluación de las redes de servicios de Salud. Las Direcciones departamentales y distritales de Salud organizarán un Consejo de Planeación y

Evaluación de las redes de servicios de Salud, encabezado por el director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de la academia, y de la sociedad civil. Harán parte del mismo, representantes de las organizaciones de la comunidad. Le corresponde al Consejo de Planeación y Evaluación en salud Departamental o Distrital:

1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes para garantizar la atención oportuna de los habitantes en las distintas zonas del respectivo territorio, sus deficiencias y fortalezas.

2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación de los sistemas de referencia y transporte de pacientes.

3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio.

4. Proponer los estándares de calidad para el funcionamiento de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud y los sistemas de referencia y transporte de pacientes.

5. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, al Fondo Regional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las universidades públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIIS."

Artículo 50

El artículo 87, se mantiene con algunas precisiones, en particular, se refiere a "instancias" de coordinación, más que a dependencias. Igualmente, en el caso del nivel regional esas instancias de coordinación deben estructurarse con la concurrencia de los departamentos que integran la Región. El artículo se reubica en el informe de ponencia bajo el número 50, el cual quedará así:

Artículo 50. Proceso Interinstitucional. Para garantizar la accesibilidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional. A tal efecto, se observarán las siguientes instancias:

1. Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia, sección u oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe ser orientada por estas instancias, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas instancias.

2. En el ámbito territorial, se constituirán instancias técnicas denominadas Coordinaciones Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios. Los distritos y municipios mayores

a 100.000 habitantes podrán crear una o varias instancias de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia con denominaciones análogas.

3. Cada Región tendrá una instancia de Coordinación Regional de la Red de Servicios, como instancia acordada por los respectivos departamentos, para facilitar las referencias de pacientes necesarias hacia instituciones de alta complejidad en otro departamento de la misma región.

4. A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en instituciones especiales que no estén disponibles en el ámbito regional.

Artículo 51

En el artículo 88, se suprime la expresión posgrado como requerimiento del responsable de la Coordinación y se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social la definición de los perfiles del talento humano, según la disponibilidad del mismo en el país. Corresponde al artículo 88 del proyecto que se reubica en el Informe de Ponencia con el número 51, el cual quedará así:

Artículo 51. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las Redes de servicios de salud estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud en áreas de administración de salud o salud pública.

Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las Redes de Servicios de Salud:

1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención primaria Integral Resolutiva en Salud.

2. Administrar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley.

3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna.

4. Ofrecer a las instituciones de las Redes de Servicios de Salud comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región.

5. Disponer de una plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado–ISE, privadas y mixtas que hagan parte de la red.

6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios, y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección, reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.

Artículo 52

En el artículo 90, se suprime la expresión posgrado como requerimiento del responsable de la Coordinación y se faculta al Ministerio de Salud y Protección Social la definición de los perfiles del talento humano, según la disponibilidad del mismo en el país. Corresponde al artículo 88 del proyecto que se reubica y que irá en el Informe de Ponencia con el número 52, así:

Artículo 52. Coordinación Regional de las Redes. La instancia de Coordinación Regional de las Redes de Servicios de Salud, está conformada por un equipo humano, encabezado por profesionales de salud en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.

Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las Redes de Servicios para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud.

Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Único Público de Información Integral en Salud para garantizar la comunicación entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.

La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección, reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país."

Artículo 53

El artículo 91, se modifica en su contenido para facultar al Ministerio para definir los indicadores de gestión y de resultados de las redes. En el informe de ponencia pasa al artículo 53, el cual quedará así:

Artículo 53. Seguimiento, evaluación y mejora de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). El Seguimiento, evaluación y mejora de la gestión de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) se realizará de acuerdo con los indicadores de gestión

integral y resultados en salud, sociales, administrativos y financieros. Este será reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

CAPÍTULO VII

MODELO DE ATENCIÓN

Artículo 54

Artículo que modifica la definición contenida en el numeral 5 del artículo 4º del proyecto de ley, y define los elementos esenciales del mismo, cómo se configura en la institucionalidad y la prestación de los servicios de salud y qué comprende dentro de los diferentes ámbitos que lo definen. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 54 y quedará así:

Artículo 54. Definición del modelo de salud. El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

El modelo de salud establece la forma cómo se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención, rehabilitación, paliación y muerte digna en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

Artículo 55

Se modifica la redacción del artículo 92 para precisar que la provisión de bienes y servicios se enmarca en el modelo de atención y que los servicios y tecnologías de salud, atendiendo el principio de integralidad de la norma estatutaria, comprende todos los requeridos por la población y atiende el enfoque diferencial. Se incluye la expresión "étnicas" en el último inciso, para cobijar todas las formas propias de cuidado y salud. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 55, el cual quedará así:

Artículo 55. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Modelo de salud prevé los servicios y tecnologías de salud que responden a las necesidades de las

personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos y la muerte digna, de manera integrada e interdependiente y que se adecuarán según género, etnia, curso de vida, discapacidad u otras condiciones poblacionales y territoriales.

Los servicios y tecnologías de salud comprenden los usados en la prestación de servicios de salud, y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, para garantizar su disponibilidad y mejorar su acceso. Incluye medicinas y terapias alternativas y complementarias, formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales, de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 56

El artículo propuesto modifica la redacción del artículo 93 en el inciso primero y se adiciona en tres incisos que dan mayor claridad a su alcance y contenido. En cuanto a los numerales se fusionan los descritos en los numerales 3, 4, 5 y 6 en el numeral 3 para expresar el conjunto de atenciones y tecnologías en salud, de manera general, y se adicionan los numerales 7, la perspectiva de salud mental y 8, la implementación de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado. Igualmente se adiciona el numeral 10, en los siguientes términos: "10. La Atención Primaria de Salud integrará los enfoques de puerta de entrada, familiar, comunitario, longitudinalidad, continuidad". En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 56, el cual quedará así:

Artículo 56. Atención Primaria Integral en Salud (APIS). La Atención Primaria Integral en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud.

Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y muerte digna.

Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.

El desarrollo de la atención primaria en salud contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:

1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.

2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.

3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.

4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud.

5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.

6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de salud familiar y comunitaria.

7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades.

8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia.

9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Único de Información en Salud

10. La Atención Primaria de Salud integrará los enfoques de puerta de entrada, famiiar, comunitario, longitudinalidad, continuidad."

Artículo 57

Se sustituye el artículo 94 porque lo planteado como “servicios médico-asistenciales de baja complejidad” se contempla el articulo 80 inicial. El contenido del artículo nuevo define claramente el nivel primario de atención y establece la obligación del Estado de fortalecer el nivel primario. En el informe de ponencia, el artículo pasa a ser el artículo 57, el cual quedará así:

Artículo 57. Fortalecimiento del nivel primario de atención. El nivel primario de atención es el componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilita la participación social y la acción intersectorial, y su fortalecimiento constituye el medio y fin para la operación de la Atención Primaria en Salud en el Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Para tal efecto, el Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos intersectoriales que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, tecnologías de la información y la comunicación, equipamiento e infraestructura social, vías de comunicación y medios de transporte, investigación social y clínica aplicada, entre otras.

Artículo 58

Se sustituye el artículo 95 porque lo planteado como "servicios ambulatorios y hospitalarios especializados" se contemplan como parte de los servicios que se realizan en la integralidad del sistema de salud, está más acorde con el modelo de atención y guarda concordancia con lo dispuesto en la cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, así mismo hace parte de la reglamentación de las redes integrales e integradas de salud. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 58 en los siguientes términos:

Artículo 58. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario, se debe establecer teniendo en cuenta la capacidad y los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para responder a las necesidades de atención especializada de las personas, mediante la gestión clínica e integral basada en el conocimiento científico a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones.

El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario se debe brindar a todas las poblaciones, urbanas, rurales y dispersas de un territorio, complementándose con las modalidades de prestación de servicios extramural y telemedicina y el apoyo de telesalud.

La atención en salud del nivel complementario debe contemplar a la familia o sus cuidadores como sujeto de atención, y también como criterio de humanización en la continuidad del cuidado de la persona.

Artículo 59

Se modifica el contenido del artículo 97 en el sentido de adicionar la previsión de mecanismos de coordinación entre los CAPS y los integrantes de la Red los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección social. En el Informe de ponencia pasa a ser el artículo 59 en los siguientes términos:

Artículo 59. Apoyo al interior de las redes. Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telemedicina y evitar su traslado innecesario o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas. Se establecerán por parte del Ministerio de salud y Protección social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de servicios de salud, con espacios de interlocución y participación que desarrollen acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de los pacientes.

Artículo 60

Se ajusta la redacción del artículo 99 del proyecto de ley, para precisar y definir cada uno de los ejes es que se fundamenta el Modelo de Atención preventivo, predictivo y Resolutivo. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 60, así:

Artículo 60. Ejes centrales del Modelo de atención. La promoción de la salud y la prevención constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar.

La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades y la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario.

La prevención es el conjunto de acciones, estrategias y medidas socio sanitarias, orientadas a disminuir oportunamente la aparición y desarrollo de una enfermedad o situación de desequilibrio en las personas y comunidades.

La predicción se refiere a que el modelo con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía social y participación social e intersectorial identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio"

Se ajusta la redacción del artículo 100 del proyecto, teniendo en cuenta que la cuenta mencionada no está prevista en el esquema de operación del financiamiento del sistema de salud, por tal razón se radica en la ADRES, su financiación. se aclara que el Ministerio "organizará la red, además de hacer fomento de instituciones y centros especializados que se ocupan de estos temas. En el informe de ponencia, el artículo 100 pasa a ser el artículo 61, el cual quedará así:

Artículo 61. Prestación de servicios especiales para enfermedades raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará y organizará la red de las instituciones o centros especializados en enfermedades raras, con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar y llevar a cabo programas de investigación genética que prevengan su incidencia para disminuir su prevalencia.

La prestación de servicios se hará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o utilizando la telemedicina u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio a las instituciones que prestan atención médica.

La Administradora de Recursos del Sistema de Salud-ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades."

Se adiciona un artículo nuevo para precisar el rol de los laboratorios de salud pública dentro del Modelo de atención, en especial, las funciones de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario y la gestión de la calidad e investigación. En el informe de ponencia se identifica el artículo con el número 62, el cual quedará así:

Artículo 62. Laboratorios de salud pública. Los laboratorios de salud pública son los encargados del desarrollo de acciones técnico administrativas, entre otras, el monitoreo del medio ambiente y animales de compañía, con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación.

CAPITULO VIII

FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 63

En el artículo 19 se elimina la expresión "La participación de los particulares está supeditada al cumplimiento de las obligaciones determinadas por la ley y las políticas para la prestación del servicio.", dado que no es conexa con este artículo en cuanto a la materia que se refiere. Este artículo pasa a ser el artículo 63 de la ponencia, el cual quedará así:

Artículo 63. Definición. El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, para la garantía del derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población, entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre personas con alto y bajo ingreso.

Los recursos aportados para la salud son de naturaleza pública, imprescriptibles e inembargables y no podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por las disposiciones legales. Estos recursos estarán sometidos al control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control, en lo de su competencia, y también sometidos al control social.

Artículo 64

Se fusionan los artículos 20, 25 y 26, observando que no se establezcan variaciones en las normas previas sobre el régimen de cotizaciones en materia de salud. En tal sentido se recoge lo dispuesto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y lo relativo a los regímenes exceptuados y especiales en cuanto al aporte de solidaridad. El artículo 26 se reubica y pasa a integrarse al artículo 64. Este artículo pasa a ser el 64 de la ponencia, el cual quedará así:

Artículo 64. Cotizaciones y Aportes. Son recursos que aportan a la financiación del Sistema de Salud, las contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas y las empresas, según su condición socioeconómica, denominadas cotizaciones.

Igualmente financian el sistema de salud los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; y los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. Igualmente son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.

Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al Sistema de Salud, así como el 1,5 punto de las cotizaciones de los cotizantes de los regímenes exceptuados y especiales. Las cotizaciones constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal.

Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas, y los pensionados. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo determinada y administrada por la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.

Artículo 65

Se recogen aspectos de los Artículos 26 y 27 del proyecto y se integran en este texto. Corresponde al artículo 65 de la ponencia, el cual quedará así:

Artículo 65. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones. La liquidación y pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud son obligatorias. El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorias al sistema de salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las obligaciones de pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud de las empresas, trabajadores, pensionados o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.

La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos e inexactos.

Artículo 66

Este artículo corresponde a los artículos 22 y 23 del proyecto que se integran como uno solo. Se simplificó la redacción del artículo dejando los mandatos esenciales que definen a la ADRES. Se precisa el carácter de la ADRES como pagador único del sistema de salud, atribución que asumirá de manera gradual. En el artículo siguiente se desarrollan con el debido detalle las funciones de la ADRES. Este artículo corresponde al artículo 66 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 66. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", y tiene por objeto garantizar el adecuado flujo y la administración y control de los recursos del Sistema de Salud, y ejercerá algunas actividades y funciones, de manera desconcentrada y administrará los Fondos Cuenta Regionales de Salud. Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud administrar, entre otros, los recursos que financien el Sistema de Salud, y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP) los cuales confluirán en la entidad.

La Administradora de Recursos del Sistema de Salud ADRES, será pagador único de manera gradual de acuerdo con las capacidades que adquiera, a cuyo efecto le corresponde reconocer, auditar y pagar

las cuentas de las prestaciones de servicios de salud y demás obligaciones establecidas como responsabilidad del aseguramiento social en salud y administrar los sistemas de información que permiten hacer los pagos a prestadores y proveedores. Mientras desarrolla la capacidad de pagador, hará el giro directo total ordenado por las EPS o a las Gestoras de Salud y Vida.

Los ingresos para la operación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación, definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, un porcentaje de hasta el dos por ciento (2%) de los recursos en administración con situación de fondos, y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad.

Parágrafo. Los ingresos provenientes de los recursos en administración con situación de fondos serán definidos anualmente por Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 67

En este artículo se fusionan los artículos 22 y 24, numeral 1o del proyecto. Se precisan y desglosan algunos conceptos que le corresponde atender. Corresponde al artículo 67 del informe de ponencia el cual quedará así:

Artículo 67. Funciones de la entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en la presente ley

2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.

3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.

4. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.

5. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley a través de los fondos cuenta regionales.

6. Realizar el análisis de los recursos gestionados a través de los fondos cuenta regionales mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.

7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías que corresponda.

8. Administrar la información propia de sus operaciones.

9. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.

10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).

11. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.

12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.

13. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

14. Realizar las actividades necesarias para garantizar, en el nivel nacional y en el nivel desconcentrado, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos.

15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.

16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.

17. Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto.

Artículo 68

Corresponde al artículo 28 del proyecto con modificaciones. Además de cambiar la redacción manteniendo el mismo sentido del artículo del proyecto se precisa que en dicha cuenta se recibirán igualmente "los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001". Corresponde al artículo 68 de la ponencia, el cual quedarás así:

Artículo 68. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes. La ADRES constituirá una cuenta bancaria para el recaudo de los aportes de cotizaciones en salud en todo el país, incluidos los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001que se denominará “Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR)”. Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de cotizantes, basado en el documento de identificación, según corresponda.

Artículo 69

Se crea el Fondo Único Público enunciado en el título del artículo 21, se precisa la existencia de dos cuentas independientes y el manejo de los demás recursos que hacen unidad de caja. Se faculta la reasignación de las dos cuentas independientes ordenada únicamente por Minsalud, sin la intervención del Minhacienda. Este artículo corresponde al 69 del informe de ponencia, el cual será así:

Artículo 69. Fondo Único Público de Salud. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria Integral en Salud", y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria".

Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 70

Se recogen apartes del artículo 30, se señalan fuentes y usos de la cuenta de APIS. Este artículo corresponde al 70 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo. 70. Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud. La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.

Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social

Artículo 71

Se recogen apartes del artículo 30, se señalan fuentes y usos de la cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. En el informe de ponencia es el artículo 71, el cual quedará sí:

Artículo 71. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las

funciones de prestación de servicios de los departamentos; los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, al funcionamiento de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de los departamentos y distritos, y al pago de los servicios de esta red de atención de urgencias y transporte medicalizado, y al pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.

Artículo 72

Se recogen apartes del artículo 30, se señalan fuentes y usos de los recursos que hacen unidad de caja en el Fondo y que la mayoría tienen destinación específica. En el informe de ponencia es el artículo 72, el cual quedará así:

Artículo 72. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Público Único de Salud, harán unidad de caja y deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.

2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

3. El financiamiento de los servicios especiales para enfermedades raras y su prevención.

4. El financiamiento de los programas de formación en salud.

5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.

6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la vigencia de la presente ley, se reconocen por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.

Artículo 73.

El Artículo 23 queda integrado con el 22 en el informe de ponencia. Se reubica el artículo 24 del proyecto de ley. con modificación del título. Se ajusta la redacción Corresponde al artículo 73 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 73. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud-ADRES le corresponde administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, los cuales se integrarán en un Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, entre otros, los siguientes:

1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional.

2. Los recursos provenientes de las cotizaciones para el aseguramiento social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, ingresos de los pensionados e ingresos de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital.

3. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.

4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos por los obligados.

5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinado a financiar el sistema de salud.

6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.

7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a las entidades territoriales.

8. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES.

9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.

10. Los recursos propios de las entidades territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.

11. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro.

12. Los rendimientos financieros.

13. Los recursos de FONSAET

14. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.

Artículo 74

Se reubica el artículo 25 y se recogen apartes de los artículos 29 y 30. Corresponde al artículo 74 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 74. Destinación de los recursos administrados por la ADRES. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.

2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.

3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.

4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.

7. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.

8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta.

9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.

10. Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.

11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.

12. La formación del talento humano en salud.

13. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad de los cotizantes.

14. El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la ADRES debe girar o pagar.

Artículo 75

Se reubica artículo y se adiciona el parágrafo segundo, que permite entregar los recursos a las entidades territoriales para que puedan recaudar y gestionar los recursos que administra la ADRES. Corresponde al artículo 75 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 75. Fondos de Salud. Modifícase el artículo 57 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 57. FONDOS DE SALUD. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. Los Distritos contarán con un fondo de Atención Primaria Integral en Salud, con los recursos de Atención Primaria Integral en Salud, diferenciado del fondo para el desarrollo de la red pública hospitalaria y especializada.

En los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán contabilizarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial. Los recursos para pagar los servicios de salud con cargo al Sistema General de Participaciones, se contabilizarán sin situación de fondos y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

Los Fondos departamentales, distritales o municipales de Salud tendrán las subcuentas de salud pública y de otros gastos en salud, y las subcuentas análogas a las del Fondo Único Público de Salud previstos en la presente ley, según sean destinatarios de dichos recursos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo 1º. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud. El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las autoridades territoriales y sus direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza territorial."

Artículo 76

Se modifica la redacción del artículo 38. del proyecto. Corresponde al artículo 76 del informe de ponencia, dejando en claro el porcentaje de manera directa que se destina a la atención primaria en salud a cargo de los municipios. Por lo cual no es necesario sino solamente modificar el numeral 1. El artículo 76 quedará así:

Artículo 76. Modificatorio del numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001. El numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001 quedará así:

"ARTÍCULO 47. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. El 87% para el componente de la atención primaria en salud a cargo de los municipios"

Artículo 77.

Se reubica artículo 40 y se precisa el enunciado de la modificación. Pasa a ser el artículo 77 en el informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 77. Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad. Modificase el artículo 50 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 50. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud de servicios de mediana y alta complejidad deberán distribuirse a los fondos regionales, de acuerdo con las necesidades de cofinanciación para complementar los aportes per cápita necesarios para las intervenciones de mediana y alta complejidad en Salud de la totalidad de la población de la región.

Anualmente, la Nación establecerá el per cápita para el aseguramiento social en salud para los servicios de mediana y alta complejidad de los fondos regionales para la vigencia siguiente, lo cual deberá reflejarse en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto."

Artículo 78

Se modifica el artículo 41, en el sentido de que las regiones son las definidas por el Minsalud y no las que corresponden a las Regiones utilizadas por el DNP para el Sistema de Regalías. El artículo 78 quedará así:

Artículo 78. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará adecuando al sector las Regiones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en

red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Artículo 79

Se ajusta redacción del artículo 42 del proyecto eliminando el siguiente texto: "Serán administrados por una Junta de Administración del Fondo Regional de Salud el cual estará integrado por representantes de los empleadores, los trabajadores y el sector público en cada región", que permite aclarar que los Fondos Regionales forman parte de las cuentas del Fondo Único Público de Salud y que no tienen asociada una burocracia en particular. También se aclara que habrá un gerente de la Adres quien ordenará los gastos contra los recursos de ese fondo regional. Igualmente se deja en claro de que se trata de un Fondo Cuenta. De esta forma se recogen las observaciones del partido liberal, de la U y del Conservador, precisando que tales fondos no son entidades, sino solamente una cuenta. Se suprime el artículo 43. Corresponde al artículo 79, del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 79. Fondo Cuenta Regional de Salud. El Nivel Regional contará con un Fondo Cuenta donde se ubicarán presupuestalmente los recursos que se le asignen por parte de la Administradora de Recursos de Salud - ADRES del Fondo Único Público de Salud, sin situación de fondos, y formarán parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público de Salud.

Los recursos del Fondo Cuenta Regional de Salud se destinarán a la atención hospitalaria y ambulatoria de mediana y alta complejidad en la respectiva región y al pago de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

Para garantizar la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los ciudadanos entre las regiones, las cotizaciones obligatorias al Sistema de Salud financiarán un valor per cápita de la totalidad de los residentes en el país mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán, en la cuantía necesaria, con los recursos del Presupuesto General de la Nación con el fin de garantizar la plena cobertura del aseguramiento social en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el valor del per cápita para la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.

Artículo 80

Se ajusta redacción del artículo 47, se suprime la orden de contratación de los servicios de mediana y alta complejidad, pasa a ser como las reclamaciones del SOAT. Se precisa que el régimen de tarifas: "habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación regional o en zonas dispersas" Este artículo corresponde al 80 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 80. Autorización de pago de servicios. La Administradora de Recursos para la Salud ADRES autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Gobierno Nacional para el Sistema de Salud.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país, y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación regional o en zonas dispersas.

En el Fondo Cuenta Regional de Salud se llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Sistema Único Público de Información en Salud.

Se organizará un sistema de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de servicios en la región. Sus informes se gestionarán a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud.

De encontrarse irregularidades continuadas en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. En este evento, las Direcciones Territoriales de Salud deberán contratar una auditoría independiente integral, bajo los mismos parámetros establecidos para las auditorías integrales aleatorias a cargo de la ADRES.

Las auditorías podrán ser contratadas por la ADRES con firmas especializadas debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 81

Se reubica artículo 98 del capítulo de modelo de atención y se ajusta redacción. Pasa a ser el artículo 81 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 81. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud ADRES que corresponda, según su forma desconcentrada de operación, el cual pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del 20% restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas.

Artículo 82

Se reubica artículo 101 del capítulo de modelo de atención y se ajusta redacción. Se acoge la propuesta de los partidos liberal, conservador y de la U, en el sentido de que habrá prestaciones económicas por concepto de las licencias de maternidad para mujeres no aportantes al Sistema de salud, en los siguientes términos: ."Toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad; aquellas mujeres que no son aportantes económicas del Sistema de Salud tendrán derecho a un subsidio monetario equivalente a medio salario mínimo legal vigente durante los tres (3) meses siguientes al parto, siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales respectivos durante el embarazo." Corresponde al artículo 82 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 82. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.

Toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad; aquellas mujeres que no son aportantes económicas del Sistema de Salud tendrán derecho a un subsidio monetario equivalente a medio salario mínimo legal vigente durante los tres (3) meses siguientes al parto, siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales respectivos durante el embarazo.

Artículo 83

El artículo 29 del proyecto, se le adiciona los fondos regionales de salud, que forma parte del sistema de cuentas que administrará la Administradora de Recursos para la Salud ADRES. Se modifica el nombre de la segunda cuenta denominada "Fortalecimiento Red Pública para la Equidad", por un nombre más relacionado con su propósito: "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria". El artículo pasa a ser el 83 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 83. Cuentas y recursos administradas por la ADRES. La Entidad de Administración de Recursos de la Salud - ADRES, tiene las siguientes cuentas:

1. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)

2. Fortalecimiento Red Pública para la Equidad.

Además de las cuentas administradas por la ADRES, le corresponde administrar los siguientes recursos:

1. Los destinados al control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública

2. Los destinados a formación en Salud

3. Las prestaciones económicas de los cotizantes

4. Los de destinación específica que a la fecha de expedición de la presente ley venía administrando con destinación específica.

Artículo 84

Se mantiene el artículo 30 del proyecto de ley sin modificaciones, el cual se reubica en el informe de ponencia como artículo 84, el cual quedará así:

Artículo 84. Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES. Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son:

1. Cuenta Atención Primaria Integral en Salud

1.1. Fuentes

• Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos para salud con destino a los municipios y distritos. El criterio de distribución será exclusivamente poblacional.

• Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud.

• Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljuegos municipal, que actualmente financian el Régimen Subsidiado.

• Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones, de acuerdo con los criterios establecidos por las instituciones que aportan los recursos.

• Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria.

• Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud

1.2. Usos

Los recursos de la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud se ejecutarán por giro directo mensual de la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Se destinarán a:

• La financiación de los servicios de atención primaria, comprendiendo la atención básica en salud, la operación de los equipos extramurales de atención domiciliaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

• Los recursos de solidaridad serán presupuestados por el Ministerio de Salud con destino a los municipios y distritos para cofinanciar la Atención Primaria con criterio de equidad y serán girados por la Administradora de Recursos de Salud, ADRES, de acuerdo a la distribución específica que se decida, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud y los criterios establecidos en la presente ley.

• Soluciones de transporte para garantizar, sin barrera alguna, la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.

• El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.

2. Cuenta Fortalecimiento Red pública para la equidad.

2.1. Fuentes

• Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.

• Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los departamentos al fortalecimiento de la red pública. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta cuenta del Fondo, con base en la información que presenten las entidades territoriales

respectivas.

• Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel Departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos.

• Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios.

2.2. Usos

• Aportes presupuestales para funcionamiento de las Instituciones Sanitarias del Estado atendiendo criterios de garantía de la prestación de los servicios, dispersión poblacional, perfil epidemiológico, necesidades de compensación de recursos por baja facturación.

• Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria con el propósito de mejorar la oferta de servicios hacia las poblaciones con mayores barreras de acceso a los servicios.

• El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.

Parágrafo. Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo podrán ser reasignados en el transcurso de la vigencia fiscal, atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social, con el objeto de garantizar la eficiente asignación de los recursos, el servicio público esencial de salud y el derecho fundamental a la salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 85

En el artículo 31 del proyecto, se sustituye el siguiente texto: "El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el marco regulatorio para la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en

Salud – APIRS y la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma", dado que la expresión regulatoria puede considerarse invasiva de la órbita reservada a la ley. En tal sentido se ajusta la redacción precisando que el Ministerio de Salud y Protección Social efectuará la reglamentación con la cual las entidades territoriales ejecutarán los recursos de atención primaria en salud. Igualmente se ajusta la redacción del inciso segundo, manteniendo el mismo sentido del texto original. El artículo 31 del proyecto se reordena como artículo 85 del proyecto de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 85. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y determinará las condiciones para la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Artículo 86

El artículo 32 del proyecto se mantiene con la precisión de que no se habla de una "Cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud" que no está prevista en la Administradora de Recursos de Salud ADRES. Igualmente se precisa que podrán diseñarse líneas de crédito para el fortalecimiento de esta política. Este artículo se reubica en el 86, en el informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 86. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan Decenal de Equipamiento en Salud que se revisará cada cinco (5) años, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con recursos específicos para este propósito, administrados por la Administradora de los Recursos de Salud ADRES. Podrán diseñarse líneas de crédito con tasas compensadas u otros instrumentos de alivio de deuda para este propósito

Artículo 87

El artículo 33 del proyecto de Ley pasa a ser el artículo 87 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 87. Fondos Territoriales de Salud. Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud, los cuales estarán constituidos por:

1. Transferencias del Fondo Único Público para la Salud.

2. Rentas de destinación específica para la salud de que trata la Ley 1393.

3. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) determinados por la Ley 715 que les corresponde.

4. Los recursos propios de los territorios para el financiamiento de la salud.

La gestión y el uso de los recursos de los Fondos Territoriales de Salud cumplirán con los estándares de prestación de los servicios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social

Artículo 88

El artículo 34 del proyecto de Ley pasa a ser el artículo 88 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 88. Criterios de asignación para los Fondos Territoriales de Salud. Los criterios de asignación para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud serán los mismos del Sistema General de Participaciones (SGP): la equidad y la rentabilidad social. Una proporción de tales recursos se priorizará para aquellos que, respecto del promedio nacional, presenten peores indicadores en materia de:

1. Prevalencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública.

2. Morbimortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud.

3. Mortalidad materna e infantil.

4. Cobertura de saneamiento básico y agua potable.

5. Incidencia de emergencias y desastres.

6. Oferta de servicios de salud.

Artículo 89

Se reubica el artículo 37 para precisar competencias del departamento, atendiendo el orden de la Ley 715 de 2001, primero son las de los departamentos y luego las de los municipios. Corresponde al artículo 89 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 89. Competencias de los Departamentos en Salud. Modifícase el artículo 43 de la Ley 715 de 2001 en el numeral 43.2.2., el cual quedará así:

“43.2.2. Financiar, con los recursos asignados por concepto del Sistema General de Participaciones y de rentas cedidas y de destinación específica para salud, así como con los recursos propios que asignen, el desarrollo de las instituciones de salud del Estado para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio.”

Artículo 90

Se reubica el artículo 36 para precisar competencias del departamento, atendiendo el orden de la Ley 715 de 2001, primero son las de los departamentos y luego las de los municipios. Igualmente se suprime la palabra "resoluitiva" dado que no es necesaria, pues la atención primaria en salud

comprende varios atributos asociados al modelo de salud y no es necesario listarlas en este artículo. Corresponde al artículo 90 del informe de ponencia

Artículo 90. Competencias de los municipios. Modifícase el artículo 44 de la Ley 715 de 2001 en los numeral 44.2. y 44.2.1., los cuales quedarán así:

44.2. De Atención Primaria Integral en Salud.

44.2.1. Financiar la Atención Primaria Integral en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para mejorar los indicadores de salud."

Artículo 91

Se reubica el artículo 39 del proyecto de ley, por tener regulación legal en otras disposiciones. Se reubica como artículo 91 en el informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 91. Fondo Departamental y Distrital de Salud. Los departamentos y distritos integrarán en el fondo departamental o distrital de salud los recursos que les asignen por diversas fuentes, las rentas cedidas, las contribuciones y transferencias provenientes de las primas del SOAT y los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar en su territorio, que hayan destinado hasta la fecha anualmente al régimen subsidiado en salud para los mismos fines de financiación establecidos en el artículo 43.3.2. de la Ley 715.

Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad, , recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos fondos Departamentales y Distritales de Salud en proporción inversa a la baja facturación de servicios prestados por razones de dispersión poblacional.

Artículo 92

Se reubica el artículo 44, para precisar competencias de los departamentos y distritos, y se precisa el contenido de la función del numeral 6. 9. Se adiciona una función a las direcciones departamentales y distritales de salud relativa al apoyo que deben prestar en el buen funcionamiento de las redes Integrales e integradas de salud, en los siguientes términos: "9. Contribuir bajo los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con el funcionamiento de las redes Integrales e integradas de salud."

Este artículo corresponde al 93, del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 92. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ejercer las funciones que garanticen el cumplimiento de las competencias en salud atribuidas a la entidad territorial en la Ley 715 de 2001.

2. Recaudar los recursos constitutivos del Fondo de Salud Departamental o Distrital que les corresponda recaudar.

3. Gestionar los recursos de las cuentas del Fondo Departamental o Distrital de Salud conforme a las normas para su manejo.

4. Supervisar el desempeño de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Proponer al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cuatro (4) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud.

6. Organizar el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

7. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979.

8. Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Contribuir bajo los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con el funcionamiento de las redes Integrales e integradas de salud.

Artículo 93

Se reubica el artículo 45 y se precisa su redacción. Se elimina de la siguiente expresión el número de habitantes: " tomando como referencia asentamientos poblacionales entre 100.000 y hasta 1.000.000 de habitantes acuerdo con las características y necesidades del territorio.", dando una mayor flexibilidad e introduciendo solamente el criterio. Igualmente se caracterizan estas unidades como unidades funcionales o dependencias, a voluntad de cada entidad territorial, con lo cual se evita la connotación de estar ordenando la creación de entidades. Se espera que las Secretarías con su propio personal puedan organizar estas funciones zonales para el apoyo local. Pasa a ser el artículo 93 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 93. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud. Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales de acuerdo con las características y necesidades del territorio.

Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el

diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.

Artículo 94

El artículo 46 se propone suprimirlo, dado que las entidades territoriales podrán organizar en su competencia los consejos y demás instancias competentes. De otra parte, podrá reglamentarse por parte del Ministerio de Salud y Protección social las políticas para que las direcciones territoriales participen y apoyen la evaluación del funcionamiento de las redes integrales e integradas de salud.

Se propone suprimir el artículo 48 del proyecto de ley, dado que los recursos serán asignados por la Administradora de Recursos de la Salud ADRES, según los parámetros de la programación y necesidades de los territorios, por lo cual no conviene dejar rigidez en los criterios de programación y asignación de los recursos.

Se mantiene el artículo 49 del proyecto de ley, el cual pasará a ser el artículo 94 del informe de ponencia y quedará así:

Artículo 94. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud. Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.

En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.

La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.

Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.

Artículo 95

Artículo nuevo que recoge los aportes del partido Liberal, partido de la U y partido conservador. Corresponde al artículo 95 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 95. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado en los hospitales públicos serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

CAPÍTULO IX

SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO DE INFORMACIÓN EN SALUD

Artículo 96

El artículo 102 del proyecto no presenta modificaciones, salvo la referencia legal de la norma estatutaria que se suprime. En el informe de ponencia, el artículo 102 pasa como artículo 96. En todo el texto del proyecto se cambiará la denominación de "Sistema Público Único Integrado de información en Salud" por "Sistema Público Unificado de información en Salud" SPUIS". El artículo quedará así:

Artículo 96. Sistema de Información. Se estructurará el Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año.

Artículo 97

Se modifica la redacción del artículo 103 del proyecto, la cual tiene el propósito de blindar el artículo en lo referente al enunciado de algunas tecnologías que a la fecha se consideran de punta, pero que por la evolución acelerada de la industria informática pueden transformarse, o desaparecer, en cuyo caso la modernización y actualización tecnológica del sistema se vería limitada por la ley.

La redacción propuesta define los principios técnicos universales e inmutables que debe cumplir el sistema. El artículo 103 en el informe de ponencia corresponderá al artículo 97, el cual quedará así:

Artículo 97. Características del Sistema Público Unificado de Información. El Sistema Público Unificado de Información en Salud (SPUIS) es transversal a todo el Sistema de Salud para garantizar acceso en línea, transparente, y en tiempo real a servicios informáticos para la realización de transacciones de salud y económicas por parte de cada actor del sistema de salud según sean sus responsabilidades, operativas o estratégicas, en el orden Nacional, territorial e Institucional. Además de garantizar el cumplimiento de las políticas de Datos abiertos que fortalezcan los procesos de participación y control social.

Los aspectos arquitectónicos de Sistemas de Información deberán corresponder a Unicidad, Integración, Tecnología de punta, Completitud de Servicios, Eficiencia, Alta disponibilidad, Seguridad y alta concurrencia, para lo cual deberá usar tecnologías de punta que garanticen el procesamiento en paralelo, almacenamiento de altos volúmenes de datos, seguridad del dato y de las transacciones, incorruptibilidad, accesibilidad, analítica de datos y modelos predictivos.

Artículo 98

El artículo 104 se modifica en la redacción porque es fundamental que el principio de organización de SPUIS trascienda el seguimiento de la salud y sea la herramienta de operatividad del sistema de Salud donde una de sus funciones es el seguimiento.

Adicionalmente la función del SPUIS supera la mera producción de información, se erige en la herramienta que garantice el funcionamiento articulado de los actores y sus responsabilidades en términos de sus funciones. En el propósito de la iniciativa legal el SPUIS no es solo un productor de información, sino que es el soporte funcional del Sistema de Salud.

Se precisa que la historia clínica única no es el principal factor del correcto funcionamiento del Sistema de Salud, es uno de los elementos que, por sus características y usos impide su uso y aplicación extensiva. Se consideran prioritarios los Registros de Atención en Salud, los registros económicos y los operativos de la gestión de los prestadores y territorios, sin los cuales el modelo de Adscripción, Referencia y Contrarreferencia no serían aplicables en la práctica.

En el informe de ponencia el artículo 104 pasa a ser el artículo 98, el cual quedará así:

Artículo 98. Características generales. El Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIS tendrá como principios de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático a la realización de las actividades asistenciales, de promoción y prevención, junto con las referentes a los aspectos económicos y financieros, la gestión de la infraestructura de prestación de servicios incluyendo el registros de redes de servicios y de territorios de salud, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751. Se organizará como mínimo en dos niveles:

1. Nivel operativo: garantizará la operación y funcionamiento de los procesos productores y usuarios de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud, considerando la historia clínica electrónica única nacional en todos sus procesos, los registros de atención en salud, los registros financieros y económicos asociados. De igual manera los referentes a la gestión de las redes de servicios de salud y territorios de salud para garantizar el funcionamiento y la movilidad de la población en la red de servicios y entre los territorios de salud.

2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del Sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas.

Artículo 99

Se mantiene en su totalidad el artículo 105. En el informe de ponencia pasa a ser el artículo 99, el cual quedará así:

Artículo 99. Identificación de medicamentos. Mediante un método electrónico de última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.

Artículo 100

Se mantiene en su contenido el artículo 106, sólo se sustituye la expresión "médico de APIRS" por "nivel primario" para hacerlo concordante con el contenido mismo de la iniciativa legislativa. En el informe de ponencia, el artículo 106 pasa a ser el artículo 100, el cual quedará así:

Artículo 100.Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la Atención en Salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SPUIS para aumentar capacidad resolutiva del nivel primario y de los programas de prevención secundaria.

Artículo 101

Este artículo nuevo tiene como propósito dar orden y claridad respecto de las responsabilidades institucionales y expresa una posición completa de las condiciones para la entrada en funcionamiento de la reforma. Como la iniciativa de reforma es profunda y completa, el área responsable de la implementación debe adecuarse para garantizar las diferentes etapas de implementación y operación del SPUIS como eje tecnológico de la misma. En el informe de ponencia este nuevo artículo se identifica como artículo 101 y quedará así:

Artículo 101. Desarrollo del Sistema Público Unificado de Información en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado de Información en Salud (SPUIS) y de garantizar su funcionamiento con calidad y fluidez, además de promoverlo para lograr el compromiso de todos los integrantes del Sistema de Salud en su responsabilidad frente al mismo. Para ello fortalecerá y adecuará la Oficina de Información y Tecnología de forma que sea capaz de responder a los retos de implementación, operación, mantenimiento y soporte del SPUIS. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIS en el área administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El SPUIS incorporará dentro de las funcionalidades o servicios informáticos de apoyo al modelo de atención las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías.

CAPÍTULO X

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

Artículo 102

En el artículo 107 se ajustó el título, eliminando la expresión de "definición", para evitar cualquier connotación de que se esté haciendo una regulación de la participación invadiendo esferas de otras disposiciones sobre esta materia. De igual forma y en la misma lógica se elimina toda expresión acerca de estar regulando un derecho fundamental, que no es el propósito del artículo. También se ajusta la redacción en el sentido de ordenar las leyes señaladas, según el año de expedición, y la adición del respectivo año. En el informe de ponencia el artículo 107 se identifica como el artículo 102 y quedará así:

Artículo 102. Participación social en el Sistema de Salud. La participación en el Sistema de Salud se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de

atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos. La participación ciudadana es ejercida de manera autónoma por las personas, en cualquier instancia del sistema.

La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral. La participación en el Sistema de Salud se regirá por lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 10 de 1990, Ley 134 de 1994, la Ley 850 de 2003, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1757 de 2015, la Ley 1751 de 2015, las demás normas que las modifique, adicionen o sustituyan, y lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 103

Este artículo mantiene su contenido, salvo la precisión efectuada a la expresión "seguridad social" por "aseguramiento social" para dejarlo acorde a la modificación estructural del sistema propuesto en la iniciativa legislativa. En el informe de ponencia, el artículo 108 pasa como artículo 103 y quedará así:

Artículo 103. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

1. Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.

2. Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud. Las Instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud establecerán mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para garantizar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales.

3. Participación en las políticas públicas en salud. El Sistema de Salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad pública social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en las divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.

4. Consulta previa a las comunidades étnicas. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución Política y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y aseguramiento social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.

5. Participación en inspección, vigilancia y control. La ciudadanía que participe individualmente o representada en veedurías u organizaciones sociales podrá ejercer las veedurías en salud desde el ámbito micro territorial hasta el nacional en coordinación con los organismos de control del Sistema de Salud. Se conformará una red de control social y concurrente en los términos que defina el reglamento, la cual se articulará a la Superintendencia Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 104

Este artículo no tiene modificación sustantiva en su contenido, salvo la expresión "sanitarias" del inciso primero que se sustituye por el de "prestadoras de servicios de salud", para dejarla acorde con lo expresado en múltiples artículos y darle una connotación más amplia y no estrictamente clínica. En el título del artículo se hace una modificación señalando que los Comités de Ética son para las diferentes instituciones de salud y no solamente se restringen a los aspectos clínicos. En el informe de ponencia, el artículo 109 pasa como artículo 104 y quedará así:

Artículo 104. Comités de Ética en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas conformarán comités institucionales de ética, de carácter plural, constituidos por personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven, abogados, y especialistas en ética médica y bioética.

Les corresponde el análisis de los dilemas éticos que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas y ofrecer asesoría, orientación y apoyo a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo. Las instituciones que prestan servicios de baja complejidad en salud, que no dispongan del personal especializado de que trata el presente artículo, recibirán en forma subsidiaria el apoyo de instituciones de mayor nivel de complejidad de la red integral o de las direcciones seccionales de salud.

CAPITULO XI

INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 105

Se ajusta la redacción del artículo 110 para dar claridad sobre el objeto de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia en el Sistema de Salud. En el informe de Ponencia, el artículo 110 pasa a ser el artículo 105 y quedará así:

Artículo 105. Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud con el objetivo de vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas que corresponda en el ámbito de su objeto y funciones para garantizar la protección del Derecho Fundamental a la Salud.

Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la red de control social contempladas en la presente Ley.

Artículo 106

Se modifica el artículo 111 para limitarlo sólo al alcance dado a la función de Inspección vigente y consistente en señalar que recae sobre los productos del ejercicio de facultades de los nuevos órganos colegiados, de la operación de Sistema Público Unificado de Información en Salud, y de los demás agentes del Sistema. En el informe de Ponencia, el artículo 111 pasa a ser el artículo 106 y quedará así:

Artículo 106. Inspección, vigilancia y control. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007, sin embargo, el alcance de la función de inspección consistirá en solicitar, confirmar y analizar de manera ocasional, y en detalle en los términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, auditorias, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.

Artículo 107

Se modifica el artículo 112 en el aparte final para precisar que al sistema de IVC pueden concurrir las entidades del orden nacional y territorial que se relacionan con el mismo. En el informe de Ponencia el artículo 112 pasa a ser el artículo 107, el cual quedará así:

Artículo 107. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales. Al Sistema podrán concurrir entidades del orden nacional o territorial que, en el marco de sus competencias, tengan relacionamiento con agentes del sector salud.

Artículo 108

Se mantiene, el contenido del artículo 113 de la iniciativa legislativa. Se adiciona al eje de financiamiento el eje de administración que es pertinente a efectos de la función de control. En el informe de Ponencia este pasa a ser el artículo 108, el cual quedará así:

Artículo 108. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento y administración. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema de Salud.

2. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema de Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema de Salud; y promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

4. Acciones y medidas especiales. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del Sistema de Salud.

5. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

6. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del Sistema de Salud y sus formas de operación, y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Artículo 109

En este artículo sólo se modifica la redacción del parágrafo en la supresión de un aparte repetido del inciso primero porque se deja el inciso segundo, y para adicionar el año de expedición de la Ley 2220 y la fórmula frente a la aplicación de normas posteriores que la modifiquen, sustituyan o adicionen. En el informe de ponencia el artículo 114 pasa a ser el artículo 109, el cual quedará así:

Artículo 109. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas previstas en la Ley 2220 de 2022 o las que la modifiquen, sustituyan o adicionen.

Artículo 110

Se recoge sin modificación alguna el contenido el artículo 115 de la iniciativa legislativa. En el informe de Ponencia este pasa a ser el artículo 110, el cual quedará así:

Artículo 110. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud;

2. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud;

3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;

6. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;

7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud;

8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud.

Artículo 111

En el artículo 116 se ajusta redacción para precisar en el numeral 1 que se trata de los Fondos Regionales de Salud y los Fondos de Salud de las entidades territoriales, y se adiciona la norma de los regímenes especiales, la Ley 647 de 2001; en el numeral 3 se corrige la denominación del hoy Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y en el parágrafo 2o se efectúa la concordancia del número respecto del derecho fundamental a la salud; sustancialmente, no se modifica el contenido y sentido del artículo. En el informe de ponencia el artículo 116 pasa a ser el artículo 111, el cual quedará así:

Artículo 111. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:

1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, los Fondos Regionales de Salud, Fondos de Salud de las entidades territoriales, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001;

2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios;

3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.

4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.

5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.

7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.

8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.

9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.

9. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.

10. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud.

11. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido por el principio de celeridad.

12. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.

13. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.

14. Velar porque los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutiva en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.

15. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley.

Parágrafo 1º. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Parágrafo 2º. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.

Artículo 112

En el artículo 117 se realizan unas modificaciones a la redacción así: en el numeral 3 se precisa que son los trámites de insolvencia y de liquidación judicial inmediata del Régimen de Insolvencia Empresarial contemplados en la Ley 1116 de 2006 y la formula jurídica para normas posteriores, y

en el parágrafo 2º se precisa el procedimiento aplicable para los diferentes eventos para dar claridad a los mismos. En el informe de ponencia el artículo 117 pasa a ser el artículo 112 y quedará así:

Artículo 112. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva y oportuna prestación de los servicios relacionados con el derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los siguientes asuntos:

1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las instituciones prestadoras de salud, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.

2. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las instituciones prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema de Salud.

3. Los trámites de insolvencia y de liquidación judicial inmediata del Régimen de Insolvencia Empresarial previstos en la Ley 1116 de 2006 o la norma que la adiciona, modifique o sustistuya, para los sujetos vigilados.

4. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012.

Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2º. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que tratan los numerales 1 y 2 del presente artículo será el previsto en el Decreto Ley 2591 de 1991 o las normas que lo modifiquen adicionen o sustituyen.

Artículo 113

Se ajusta la redacción del artículo 118 en el numeral 4 para precisar el plural de los recursos que financian el sistema de salud. En el informe de Ponencia, el artículo 113 pasa a ser el artículo 113 y quedará así:

Artículo 113. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo

corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:

1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;

2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;

3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros.

4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.

En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Artículo 114

Se mantiene, sin modificación alguna el contenido el artículo 119 de la iniciativa legislativa. En el informe de Ponencia este pasa a ser el artículo 114, el cual quedará así:

Artículo 114. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud. No obstante, las garantías de protección del derecho fundamental a la salud deben ser plenas en el Sistema de Salud y en el Sistema de Administración de Justicia.

A tal efecto, se tendrán como criterios:

1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.

2. El fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del Sistema de Salud.

3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.

4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información."

Artículo 115

Se mantiene, sin modificación alguna, el contenido del artículo 120 de la iniciativa legislativa. En el informe de Ponencia este pasa a ser el artículo 115, el cual quedará así:

Artículo 115. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos. Si dentro del conocimiento de la queja o reclamo se evidencian actos que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en el marco de la función de control, ordenar las acciones necesarias para salvaguardar el derecho vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo.

Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud.

En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo. Las peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se tramitarán dentro de los términos previstos en la Ley 1437 de 2011. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.

Artículo 116

Se mantiene, sin modificación alguna, el contenido el artículo 121 de la iniciativa legislativa. En el informe de Ponencia este pasa a ser el artículo 116, el cual quedará así:

Artículo 116. Nombramiento Del Superintendente Nacional De Salud. El Superintendente Nacional de Salud será nombrado por el Presidente de la República, previo concurso de méritos, coordinado y reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la realización de las pruebas será de parte del Departamento Administrativo de la Función Pública. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos de estudios y experiencia, así como las competencias requeridas para el ejercicio del empleo.

La persona que obtenga el mayor puntaje en el marco del concurso de méritos será posesionada por el presidente de la República como Superintendente Nacional de Salud, por un periodo institucional de cuatro (4) años.

Parágrafo. El procedimiento de selección y nombramiento del Superintendente Nacional de Salud de que trata el presente artículo regirá a partir del periodo presidencial del año 2026.

CAPÍTULO XII

POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

Artículo 117

En el artículo 122 se modifica la redacción para ampliar el término de formulación de la política de 4 a 10 años y suprimir la subcuenta del Fondo Único Público para la Salud que no es creada en la

iniciativa y para concentrar en el Fondo de Investigación en Salud (FIS) los recursos que se destinen desde el pagador del Sistema de Salud para hacer más eficiente su uso. En el informe de ponencia el artículo 122 pasa a ser el artículo 117, el cual quedará así:

Artículo 117. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años, la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y de manera concertada con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. La Política de Ciencia y Tecnología en Salud definirá las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según las especificidades territoriales y los recursos disponibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública, provenientes del Fondo Único Público para la Salud los cuales serán transferidos al Fondo de Investigación en Salud (FIS). Estas fuentes serán complementadas con recursos territoriales, en especial, los que se asignen del Sistema General de Regalías.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social las prioridades de investigación a través del comité del FIS y rendirán un informe anual respecto de los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo, el cual será publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 118

El artículo 123 pasa a ser el artículo 119 del informe de ponencia. Se elimina lo relativo a la obligatoriedad del Gobierno Nacional de formular la política porque ya está prevista en la Ley Estatutaria como obligación del Gobierno Nacional. De esta forma, se elimina el siguiente texto: "La política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, garantizará el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Así se deja lo relativo a la periodicidad del Plan, como desarrollo jurídico complementario y con las instituciones que concurren en la formulación de la política. Se dejan criterios para las estrategias que podrá adoptar el Gobierno dado que la Ley estatutaria en el artículo 23 confió de las mismas al Gobierno Nacional y no a la ley.

Se elimina el siguiente texto, que se propone se defiera a otras disposiciones de naturaleza disciplinaria y no se asuman como parte de este proyecto: "Conforme a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1751, todo servidor público de salud al que se le compruebe con el debido proceso, que induzca o prescriba el uso de medicamentos u otras tecnologías de salud tras algún interés o beneficio personal, será sancionado la primera vez con la suspensión de su ejercicio profesional por un año; la segunda vez por tres años y por tercera vez con el retiro definitivo de su ejercicio profesional, sin perjuicio de otras acciones legales que tipifiquen su conducta." El artículo 118 será el siguiente:

Artículo 118. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, de insumos

y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

La política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud tendrá en cuenta, criterios como:

1. La compra conjunta de medicamentos esenciales.

2. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente.

3. La protección de moléculas con patentes en los casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada.

4. La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales.

5. La regulación de precios de medicamentos y tecnologías.

6. La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.

7. Los mecanismos que favorezcan la competencia.

8. La investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales.

9. La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías.

10. Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud.

Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.

Artículo 119

Se modifica el artículo 124 para suprimir el inciso segundo y facultar al Ministerio de Salud y Protección Social la forma de integración y funcionamiento del Comité Técnico Científico. En el informe de ponencia el artículo 124 pasa a ser el artículo 119, el cual quedará así:

Artículo 119. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud-IETS mediante la creación de un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales con idoneidad debidamente demostrada en la materia, seleccionados de sendas ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud diferentes a medicina y enfermería; de Química o Química Farmacéutica; de Enfermería; de Medicina; y de Ingeniería Biomédica. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y su funcionamiento.

Artículo 120

Se suprime el artículo 125 del proyecto de ley, dado que la adquisición y distribución de medicamentos en cuanto a las formas como se realicen, pueden ser parte de reglamentación y de las estrategias que la Ley Estatutaria le confió al Gobierno Nacional para desarrollar la política farmacéutica del país.

Se introduce un artículo nuevo porque, aunque la regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos ya se encuentra en la normativa, no obstante, sería pertinente ampliar el alcance de la comisión de regulación de precios de medicamentos a todas las tecnologías en salud, lo que permitiría incluir la regulación de precios de, por ejemplo, pruebas diagnósticas y terapias nuevas como las terapias avanzadas. El artículo acoge parcialmente la propuesta de los partidos Liberal, Conservador y de la U. En el informe de ponencia este artículo se identifica como artículo 120 y quedará así:

Artículo 120. Regulación de Precios de Medicamentos. Se regularán los precios de los medicamentos a lo largo de la cadena farmacéutica, para ello se incluirán los precios desde la salida del proveedor mayorista, el margen de distribución y comercialización hasta el usuario final, es decir, la definición de un precio máximo de venta al público (PMVP), respetando condiciones de competencia y mejor acceso a las tecnologías para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El gobierno nacional dispondrá de seis meses para reglamentar lo correspondiente, considerando medicamentos esenciales, de mayor rotación y uso dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, atendiendo a lo definido en relación con precios de referencia internacional, comparación de países OCDE y con sistemas de salud afines al colombiano.

El precio de referencia nacional (PRN) será utilizado solo como referencia, no para definir precios en el sistema a menos que haya desviaciones que obliguen a su implementación, según los criterios que determinará la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Articulo 121

Se incluye un artículo nuevo porque es necesario contemplar en la conformación de las redes de atención la organización de la disponibilidad y entrega de los medicamentos y para ello es necesario que los servicios farmacéuticos se consideren servicios de salud. En el informe de ponencia se identifica como artículo 122. El artículo 121 quedará así:

Artículo 121. Disponibilidad de los servicios farmacéuticos en las redes integrales e integradas de salud. Los servicios farmacéuticos que conformen las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS se considerarán servicios de salud, y estarán articulados a las citadas redes. Deberán garantizar la disponibilidad de las tecnologías necesarias para la atención en salud, de acuerdo con el perfil epidemiológico del territorio de salud en el que se encuentren.

Artículo 122

Se incluye un artículo nuevo que establece la obligación de suministro de información para monitorear el abastecimiento de medicamentos y tecnologías en salud. En el informe de ponencia se identifica como artículo 121. El artículo 122 quedará así:

Artículo 122. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud. Los establecimientos farmacéuticos que hagan parte de las redes de suministro de tecnologías en salud serán considerados agentes del sistema y deberán suministrar la información necesaria para hacer seguimiento y garantizar el abastecimiento oportuno de las tecnologías en salud.

CAPITULO XIV

POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD

Artículo 123

El artículo 126 se redacta en forma diferente, estableciendo criterios para la política de talento humano en salud, simplificando la redacción y dejando a la política establecer la periodicidad de sus contenidos. Se incluye un criterio que se orienta al fortalecimiento de la educación continua. Este artículo corresponde al artículo 123 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 123. Política de Formación. En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud-THS, la Formación del THS en los diferentes niveles de educación, tendrá en cuenta los siguientes criterios:

1. Orientar las prioridades de formación del talento humano en salud según las necesidades de la población para el mejoramiento de su salud y calidad de vida; de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y del Sistema de Salud, con enfoque familiar y comunitario.

2. Brindar estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.

3. Establecer el mecanismo para el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.

4. Establecer los criterios para la relación docencia servicio y cupos para los escenarios de práctica formativa.

5. Las condiciones de calidad para la oferta de las acciones y la formulación de planes institucionales de formación continua.

6. Formación Continua del Talento Humano en Salud la que se comprenden los procesos y actividades permanentes de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).

Parágrafo. Para la formulación de la política de THS en lo relacionado con la formación, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Ciencia y Tecnología y los apoyos del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología.

Artículo 124

Se propone un artículo nuevo que garantiza mediante un examen único nacional acceder a la oferta de especialidades médicas en forma democrática. Se incluye en el informe de ponencia como artículo 125. El artículo 124 quedará así:

Artículo 124. Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas. Los cupos para acceder a las especialidades médicas se otorgarán con una lista en orden de mérito, mediante un examen único nacional que organizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de garantizar igualdad de acceso democrática a todos los profesionales de la salud que participen de las pruebas y apliquen a las diversas especialidades.

Artículo 125

Se incluye un artículo nuevo propuesto por los partidos Liberal, Conservador y de la U, en el cual se asignan becas por parte del Gobierno Nacional para modular la oferta de especialidades médicas. Pasa a ser el artículo 125 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 125. Becas para formación de médicos. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el ECAES u otro instrumento que defina el Gobierno Nacional, seleccionará aquellos profesionales de la salud que acceden a residencias médicas, con beca del gobierno. Los cupos para becas no podrán ser inferiores a los ya existentes, por cada una de las especialidades médicas, y se incrementarán paulatinamente. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta, además del ECAES, la distribución regional, la participación por universidades y los cupos por especialidades médicas necesarias para el país.

Las Universidades y las instituciones universitarias prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas podrán admitir nuevos residentes por fuera del listado que emita el Gobierno Nacional, sin el beneficio de la beca.

Artículo 126

Se incluye un artículo nuevo, con el cual, se espera modular el hecho de que la red hospitalaria pública cobre por los cupos de práctica hasta el 50% de la matrícula, lo cual no se puede asumir por las universidades públicas, obrando en detrimento de la ampliación de la oferta de cupos de especialistas. Este artículo es el 126 del informe de ponencia. El artículo 126 quedará así:

Artículo 126. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos. Las instituciones hospitalarias de la red pública del país brindarán prelación a las universidades de carácter público para la asignación de cupos de acuerdo a las necesidades para sus prácticas formativas en áreas clínicas y comunitarias, en los programas de pregrado y postgrado del área de la salud, sin exigir contra prestación económica alguna.

CAPITULO XV

RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Artículo 127

Se mantiene el artículo 127 del proyecto de ley. Se acogen las propuestas del partido liberal, del partido de la U y del partido conservador para generar incentivos que permitan fortalecer la ubicación de trabajadores de la salud en zonas dispersas y apartadas. Igualmente, la importancia de las parteras y de los médicos tradicionales en esos territorios. El artículo 127 pasa a ser el artículo 128 del informe de ponencia, el cual que3dará así:

Artículo 127. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud. El régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud se conformará de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

Igualmente, promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud y su reconocimiento en los procesos de promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud
El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales de salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente,

Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo y Predictivo con enfoque diferencial y territorial buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.

Así se deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, epidemias u otros. territorios, como desastres naturales, epidemias u otros.

Artículo 128

Se propone un artículo nuevo según se recoge del partido de la U, el partido conservador y el partido liberal. El enfoque de este artículo es dar una mayor flexibilidad a las instituciones de salud para resolver problemas asociados a la carencia de talento humano altamente especializado, facilitándoles llegar a acuerdo, por ejemplo, con segundas especialidades médicas, para negociar las condiciones

de su prestación de servicios. Este artículo corresponde al 128 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 128. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán contratar a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Artículo 129

Al artículo 128, se agrega el parágrafo 3o propuesto por los partidos liberal, conservador y de la U, garantizando la obligación de los pagos a los prestadores de servicios de salud de forma regular y oportuna con el fin de poder honrar las obligaciones contraídas con los trabajadores como parte del concepto de unas profesiones de la salud reconocidas en condiciones dignas. Este artículo corresponde al 129 del informe de ponencia y quedará así:

Artículo 129. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes

2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991:

2.1. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas.

2.2. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.

2.3. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de reglamentaciones posteriores, el Gobierno Nacional en el término máximo de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará lo relativo a los apartados 132.2, 132.3. y 132.4.

Parágrafo 3. Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes."

Artículo 130

Artículo nuevo. Establece un enfoque de garantía del entorno laboral para que pueda desempeñarse el trabajador de la salud en forma competente y segura. Propuesto por los partidos de la U, liberal y conservador. Corresponde en el informe de ponencia al artículo 130, el cual quedará así:

Artículo 130. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como mixtas y privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.

Artículo 131

Se incluye un artículo nuevo, propuesto por los partidos de la U, liberal y conservador. Corresponde en el informe de ponencia al artículo 131, el cual quedará así:

Artículo 131. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación y la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.

Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización.

Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del talento humano del sistema de salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional desde una perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.

Parágrafo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud,

Artículo 132

En el artículo 129 del proyecto de ley, se precisa que el personal de prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) se vincularán a término fijo bajo una relación laboral. De esta forma se hace justicia en el proceso de dignificación laboral. Este artículo corresponde al 132 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 132. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. Las instituciones de salud deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) que participarán en equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.

En el marco del Sistema Nacional de Residencias Médicas, de que trata la Ley 1917 de 2018, los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios suscrito entre la institución de salud y la institución de educación superior, en el marco de la relación docencia-servicio.

Para la vinculación de los médicos y médicas residentes, incluidos en los equipos de atención, las instituciones públicas deberán ser vinculados a término fijo como trabajadores de la salud, y se les reconocerá el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018. En todo caso, estarán bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.

Artículo 133

En el artículo 130 se precisa que la recertificación de los trabajadores de la salud es voluntaria y se adiciona en la Junta de Recertificación Voluntaria Dos representantes de los trabajadores de la salud. Este artículo corresponde al 133 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 133. Recertificación voluntaria de los Trabajadores de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos para la recertificación voluntaria de los trabajadores de la salud del régimen privado, mixto y público que así lo deseen. A tal efecto, habrá una Junta de Recertificación Voluntaria, constituida por:

1. El ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien la presidirá y designará los funcionarios de la entidad que deben integrarla.

2. Dos representantes de las instituciones reconocidas como Hospitales Universitarios, en los términos del artículo 100 de la Ley 1438 de 2011.

3. Dos representantes de las Facultades de Salud de las Instituciones de Educación Superior.

4. Dos representantes de las agremiaciones del área de la salud.

5. Dos representantes de los trabajadores de la salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos de integración, las actividades específicas a cargo y su sistema de funcionamiento."

Se propone suprimir el artículo 131, con fundamento en que habrá un régimen de dignificación laboral que puede ser ajustado mediante dialogo y concertación, sin necesidad de acudir a las encuestas de percepción como el mecanismo más idóneo. SUPRIMIR

CAPITULO XVI

AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN

Artículo 134

Se incluye un nuevo artículo, el 134, que precisa el alcance de la autonomía profesional, el cual quedará así:

Artículo 134. Autonomía profesional. La autonomía profesional se refiere a la discrecionalidad que tienen los profesionales de la salud (medicina, enfermería, odontología, nutrición y dietética, terapias y psicología) para el ejercicio de su profesión, teniendo en cuenta los estándares establecidos en la lex artis, las guías de práctica clínica y los códigos de ética correspondientes. Este principio aplica para el profesional que es empleado de una institución de salud, así como cuando está ejerciendo de manera libre e independiente su profesión. La autonomía profesional incluye la atención profesional en salud y la autorregulación y profesionalismo.

1. Atención profesional en salud. Es el conjunto de acciones y decisiones que realiza un profesional de la salud o un grupo de ellos en relación con un paciente, sus allegados y la institución de salud, si fuera el caso.

2. Autorregulación y profesionalismo. Cada profesión de la salud contará con escenarios y mecanismos para autorregularse y propenderá por la adopción y actualización permanente de estándares profesionales adecuados para su práctica o ejercicio.

Parágrafo 1. Son mecanismos y escenarios de autorregulación los códigos de ética, las asociaciones y colegios profesionales, y los comités de autorregulación médica.

Parágrafo 2. Las asociaciones y colegios profesionales deberán actualizar y promover los códigos de ética como instrumentos que guían el actuar de los profesionales buscando garantizar a la sociedad una buena práctica.

Parágrafo 3. Las instituciones universitarias deberán incluir en sus currículos estrategias y contenidos para la formación adecuada en autorregulación y profesionalismo.

Parágrafo 4. La atención profesional en salud se debe llevar a cabo con diligencia, responsabilidad, conocimiento y habilidad. Las decisiones y acciones de los profesionales de la salud deben justificarse adecuadamente de acuerdo con las necesidades del paciente, su entorno vital y laboral, los parámetros determinados por el sistema de salud y los estándares establecidos para el ejercicio de cada profesión.

Artículo 135

El artículo 132 del proyecto de ley corresponde al artículo 135 del informe de ponencia. Se mantiene igual al del proyecto original y quedará así:

Artículo 135. Acto médico. El acto médico es el proceso resultante de la relación entre el médico, el equipo de trabajo y su paciente. El médico actúa con ética, libertad, autonomía, responsabilidad, autorregulación y profesionalismo con el objeto de tratar y resolver los aspectos relacionados con la salud del paciente. Realiza su actividad bajo estos principios y se afianza en la evidencia y el conocimiento científicos.

Cuando el paciente, su representante, su familia o el médico tratante lo consideren necesario o pertinente, se podrá solicitar una Junta Médica con el objeto de discutir el caso de un paciente determinado. Los integrantes de dicha Junta serán médicos y/u otros profesionales de la salud con conocimiento y experiencia suficientes para aportar en la discusión y solución del problema. El médico tratante acordará con su paciente la convocatoria de la Junta Médica si la premura de la situación lo permite; en caso contrario actuará según el artículo 17 de la Ley 1751, bajo su propio criterio.

La Junta Médica asesora y orienta al médico tratante y su equipo. Cuando no se haya solicitado previamente para el mismo caso, los familiares del paciente o su representante podrán pedir una Junta Médica si consideran indispensable un concepto de segunda instancia.

El médico tratante debe dar al enfermo y a sus familiares y red de apoyo la información suficiente sobre el personal especializado disponible en caso de que necesite este tipo de atención, para que pueda participar con autonomía en la elección del especialista.

La frecuencia de las visitas la establece el médico tratante según su criterio y de acuerdo con su paciente, su representante legal o sus familiares autorizados.

Artículo 136

El artículo 133 del proyecto, se mantiene igual y se corresponde al artículo 136 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 136. Autorregulación médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que forman parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud, deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de composición plural entre las disciplinas y las especialidades médicas, relacionadas con los servicios ofrecidos, cuya función será ejercer la autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones médicas, prevenir el error diagnóstico y evitar el uso indebido o injustificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.

Artículo 137

En el artículo 134 se dejan aspectos puntuales a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social, para dejar la debida flexibilidad en la dinámica de estos comités. Igualmente se hacen precisiones sobre este comité. Corresponde al artículo 137 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 137. Comité de Autorregulación Médica. Las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas contarán con el Comité de Autorregulación Médica, que tendrá como función analizar las políticas acerca de la utilización racional y eficiente de procedimientos,

medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías en salud. Se definirá la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la integración del Comité de Autorregulación Médica observando equilibrio entre el profesional, el paciente y las instancias jerárquicas de la dirección de la institución. En los casos que sea necesario, el Comité de Autorregulación Médica consultará con el Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud (IETS), conforme a lo estipulado en la Ley 1438 de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la composición y su operación. La Dirección Territorial de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Médica; a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él, así como a aquellas que restrinjan la remisión por parte de la Coordinación de la Red de Servicios y en caso de reincidencia se procederá a su retiro de la Red.

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, sancionable con destitución, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo. Los profesionales de la salud serán igualmente responsables de falta disciplinaria grave cuando reincidan en la omisión de las decisiones del Comité de Autorregulación Médica.

Artículo 138

El artículo 135, corresponde al artículo 138 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 138. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas entre médicos a partir de la atención médica serán dirimidos por las Juntas Médicas de las Instituciones de Salud, ya sean del Estado–ISE, privadas, mixtas o por las Juntas Médicas de la Red Integral de Instituciones Sanitarias Estatales, privadas y mixtas, utilizando criterios de razonabilidad científica y ética, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 o la reglamentación que emane posteriormente a la aprobación de la presente ley.

Artículo 139

El artículo 136, se mantiene igual que el proyecto original, y corresponde al artículo 139 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 139. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas. Las discrepancias en diagnósticos o en alternativas terapéuticas serán dirimidas según lo establecido en la Ley 23 de 1981 o por las Juntas Médicas de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, las cuales serán de la institución sanitaria o de la red de salud y sus decisiones de basarán en la razón científica, la ética profesional, el estado del arte y la autorregulación.

Supresión de artículos relativos al régimen disciplinario

El capítulo del régimen disciplinario se defiere a una reglamentación de carácter especial para el sector de la salud, que debe ser expedida en una ley con la unidad de materia respectiva. En tal sentido se suprimen los artículos 137, 138, 139, 140 y 141.

El artículo 142 relativo a la obligación de las autoridades penales y disciplinarias para que pongan en conocimiento de las contralorías del nivel que corresponda las evidencias respectivas, se omite porque

ya de por sí existen este tipo de obligaciones en disposiciones sobre la materia. Por tanto, el artículo 142 se suprime.

Artículo 140

En el artículo 143 del proyecto, se precisa que las conductas que se pongan en conocimiento de los Tribunales de Ética Médica, serán "denuncia" y no "demanda". En el informe de ponencia corresponde al artículo 140, el cual quedará así:

Artículo 140. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión mediante instauración de la demanda respectiva por toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique faltas ético disciplinarias que se presenten durante la práctica profesional.

CAPITULO XVII

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y GESTORAS DE SALUD

Se introduce un capítulo nuevo sobre las gestoras de salud. Este artículo determina que las actuales EPS que cumplen con los estándares de habilitación y permanencia vigentes en la normatividad, y que deseen continuar participando dentro del Sistema de Aseguramiento Social en Salud, se transformarán en Entidades Gestoras de Salud y Vida en los próximos dos años. Para ello deben presentar un plan de reconocimiento de deudas y pagos respecto de las entidades prestadoras de servicios de salud.

Artículo 141

Por ende, se introduce para comenzar el artículo 142 del informe de ponencia, donde se explicita la transformación de las Entidades Promotoras de Salud en Gestoras de Salud y Vida. El artículo 141 quedará así:

Artículo 141. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica. Durante los dos años las EPS deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Colaborar en la organización de las Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por parte de la ADRES.

2. Se sujetarán al giro directo por parte de la ADRES a las instituciones de provisión de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, proveedores de tecnologías en salud o farmacéuticos y demás servicios requeridos para garantizar la prestación de servicios de salud a la población asignada

3. Se organizarán progresivamente por territorio según la planeación y evaluación en salud que realizarán los organismos competentes.

4. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organice y autorice el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Al cumplir los dos años, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI), en los tres meses siguientes, las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.

6. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán estar a paz y salvo con los acreedores en el marco de la normatividad que las rige.

7. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo a las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

Para la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS, contratados por las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS en Entidades Gestoras de Salud no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional. El tránsito de los afiliados a cargo de las EPS que se transforman, a las reglas del aseguramiento social en salud, será determinado por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice y contrate y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde.

Artículo 142

Se introduce el artículo 143 que determina las funciones de las Gestoras de Salud. Las Entidades Gestoras de Salud Solo recibirán hasta el 5% de los recursos de la UPC para gastos de administración (valor que será estimado en la reglamentación). No recibirán el recurso de la UPC destinada a salud o a pago de prestaciones económicas. Estos recursos estarán centralizados en la ADRES y se girarán directamente a los prestadores de servicios de salud y a los proveedores de tecnologías en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSP) planifica y organiza las Redes Integradas e integrales RISS que ya se han expuesto.

Las gestoras de salud no podrán ejercer una posición dominante en el mercado pues habrá un sistema tarifario por regiones definido por el Ministerio de Salud y Protección Social con un piso tarifario diferencial por regiones para proteger a los prestadores y un techo para evitar el desbordamiento de los costos del sistema de salud, pero en especial, para estimular el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios.

Las gestoras de salud no podrán tener integración vertical en los niveles 2 y 3 de complejidad, aunque sí se les permitirá integrarse en el primer nivel de atención operando CAPS.

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) es la columna vertebral del modelo de atención y se implementará a través de Centros de Atención Primaria en Salud CAPS que serán de naturaleza pública, privada o mixta.

Los CAPS ejecutarán las acciones de APS tanto en lo individual como en lo colectivo. Las Entidades Gestoras de Salud y la ADRES y su financiación se hará con recursos fiscales de oferta. Las gestoras de salud, realizarán funciones administrativas al interior de las redes integradas e integrales de salud. Las Entidades Gestoras de Salud trabajarán de manera articulada la implementación de la estrategia de APS con los CAPS públicos, privados o mixtos de sus redes propias o contratadas.

Las gestoras de salud cumplirán un rol administrativo en los términos que se proponen en el artículo 142, el cual quedará así:

Artículo 142. Funciones de las Gestoras de Salud. Las Gestoras de Salud serán entidades de naturaleza privada o mixta, podrán administrar la prestación de servicios de salud debidamente habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. Las gestoras serán asignadas a un territorio o territorios, según su capacidad debidamente habilitada, articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integradas e integrales de servicios de salud organizadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, no tendrán posición dominante ni integración vertical y asumirán el objeto y funciones a su cargo, mediante contratos de adscripción en los cuales se fijarán las condiciones técnicas, operativas y financieras para la realización de sus funciones. Las Gestoras de Salud y Vida cumplirán las siguientes funciones:

1. Gestionar la prestación de los servicios de Salud de Mediana y Alta Complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS) realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud, CAPS, conforme a las reglas de coordinación de las Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud

3. Desarrollar los Sistemas de información interoperables según el modelo de atención y gestión del nuevo sistema de Aseguramiento Social en Salud y articulados al Sistema Público Unificado de Información en Salud.

4. Realizar las auditorías de cuentas médicas y de calidad en la prestación de servicios de salud a efectos de la autorización de los pagos respectivos.

5. Hacer la gestión para el pago de las prestaciones económicas.

6. Realizar rendición de cuentas públicas y transparentes a la comunidad y demás agentes del Sistema de Salud u organismos de control, según lo establezca el Ministerio de Salud y Protección Social o el marco legal o normativo correspondiente.

7. Evaluar los servicios al interior de los prestadores de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIISS) en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) respecto la población a su cargo.

8. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como EPS y donde tengan mayor desarrollo de su capacidad de operación.

Artículo 143

Se introduce un nuevo artículo, el 143, donde se relaciona que las Gestoras de Salud serán autorizadas y habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. Igualmente se especifican los requisitos básicos que les son aplicables. El artículo 143 quedará así:

Artículo 143. Requisitos aplicables a las Gestoras de Salud y Vida. Para el desempeño de las Gestoras de Salud se tendrán en cuenta los siguientes requisitos:

1. Ámbito territorial de autorización: los servicios de salud de mediana y alta complejidad serán organizados y prestados dentro de un territorio de salud a los que la Gestora se encuentra autorizada.

2. Capacidad técnico-administrativa: Exige el cumplimiento de los requisitos legales, administrativos, contables, logísticos y de talento humano, que soportan las actividades y los servicios que acreditan el cumplimiento de las funciones de gestoras de salud y vida.

3. Capacidad tecnológica: Es el conjunto de condiciones evidenciables de infraestructura, tecnologías y sistemas de información que permiten garantizar el cumplimiento de las funciones de interoperabilidad respecto del Sistema Público Unificado de Información en Salud.

4. Código de Conducta y Buen Gobierno: normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrollan las entidades para la gestión íntegra, eficiente y transparente de su dirección o gobierno. Está conformado por disposiciones de autorregulación voluntarias y algunas obligatorias establecidas por las entidades de control, las cuales deben ser difundidas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza al interior y exterior de la entidad.

5. Condiciones de autorización: conjunto de documentos, soportes y estudios de orden financiero, técnico-administrativo, tecnológico, que deben presentar las entidades interesadas en gestionar los servicios en el marco del aseguramiento social en salud como requisito para obtener o actualizar la autorización de funcionamiento.

6. Condiciones de habilitación: conjunto de estándares básicos que demuestran la capacidad técnico-administrativa y tecnológica para ejercer las funciones de gestión por parte de las Gestoras de Salud.

7. Condiciones de permanencia: conjunto de estándares que demuestran condiciones de capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica directamente relacionadas con la efectividad y seguridad para sus adscritos en la ejecución de sus funciones como gestoras y en la destinación de los recursos financieros del sector, cuyo incumplimiento debe dar origen a procesos de revocatoria de la autorización de funcionamiento.

8. Habilitación de una Gestora: cumplimiento permanente de las condiciones técnico- administrativas, científicas y tecnológicas de habilitación, que le permiten a la Gestora ejercer sus funciones.

El Gobierno Nacional establecerá los requisitos mínimos con base en los parámetros señalados en este artículo, para autorizar y habilitar las Entidades Gestoras de Salud, que serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual emitirá la autorización para su funcionamiento.

Todas las Entidades Gestoras de Salud serán legalmente constituidas, autorizadas y habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. Solo podrán autorizarse como Entidades Gestoras de Salud las Entidades Promotoras de Salud EPS que a la fecha de vigencia de la presente Ley existan como Entidades Promotoras de Salud.

En la autorización de funcionamiento se determinará la existencia de una Gestora de Salud, mediante la asignación de un código para su identificación y la definición del territorio de salud de operación de la entidad.

Artículo 144

Se introduce un nuevo artículo, el 144, con el objeto de determinar los parámetros de inspección, vigilancia y control, que deberán considerarse con la introducción de las gestoras de salud. El artículo 144 quedará así:

Artículo 144. Inspección, vigilancia y control para las gestoras de salud y vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control de las funciones a cargo de las Entidades Gestoras de Salud, lo que incluye:

1. El acceso efectivo a servicios de salud de mediana y alta complejidad para la población a su cargo referida por los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS.

2. Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los estándares de proceso y resultado de aplicables a la prestación de los servicios en salud

3. La ordenación oportuna del pago en salud a los prestadores de servicios de salud, hasta que la Administradora de Recursos para la Salud ADRES asuma de pagador único.

4. Las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución y administración

5. Vigilar el uso eficiente de los recursos públicos que se les reconozca

Artículo 145

Se introduce el artículo 145, en el cual, se calcula hasta el 5% por los servicios de las gestoras de salud. El artículo 145 quedará así:

Artículo 145. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud hasta el 5 % del valor contratado, por la administración de los servicios a su cargo, según el reglamento del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto.

Artículo 146

Se introduce el artículo 146 del informe de ponencia, como nuevo. Se establece que las gestoras de salud, deben garantizar la atención de los pacientes crónicos o en todo caso con tratamientos o procedimientos pendientes a la fecha de entrada en vigencia de la ley. El artículo 146 quedará así:

Artículo 146. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.

CAPITULO XVIII

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 147

Se mantiene el artículo 150 del proyecto, relativo al principio de responsabilidad fiscal de que trata la ley 819. Se ubica en el informe de ponencia como el 147, el cual quedará así:

Artículo 147. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 148

Se mantiene el artículo 146, acerca de los regímenes exceptuados y especiales, los cuales no se afectan con ninguna de las disposiciones de esta reforma. Pasa a ser el artículo 148 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 148. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015.

El régimen de salud y seguridad social del magisterio continuará vigente, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989 cuyo régimen de salud será el previsto en dicha norma.

Artículo 149

Se mantiene el artículo 147 del proyecto de ley, acerca de la venta de planes prepagados o voluntarios de salud, los cuales no se afectan con ninguna de las disposiciones de esta reforma. Pasa a ser el artículo 149 del informe de ponencia. El cual quedará así:

Artículo 149. Empresas de Medicina Prepagada y Seguros Privados. Las empresas privadas que tienen como objeto social la venta de planes prepagados o voluntarios de salud podrán seguir

funcionando y comercializando sus servicios, bajo las reglas y normas de funcionamiento, financiación y prestación de servicios que los rigen. Los suscriptores de los planes y seguros no tendrán prelación alguna cuando utilicen el Sistema de Salud, al cual tienen derecho.

Artículo 150

El artículo 145 del proyecto, se refiere a los pueblos indígenas. En tal sentido el Gobierno Nacional concertó con los representantes de estos pueblos el proceso que debe conducir a la expedición con normas con fuerza de ley, observando el procedimiento constitucional y legal, que involucra en las decisiones en forma concertada a las autoridades de tales pueblos. Solo a través de los mecanismos previstos se podrá adoptar las normas aplicables a la salud. En la codificación del informe de ponencia es el artículo 150, el cual quedará así:

Artículo 150. la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto a:

a) Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.

b) Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.

c) Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.

d) La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno Nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Artículo 151

Conforme a los acuerdos de la habana, debe haber un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas, con énfasis en la prevención, el enfoque diferencial, con enfoque de determinantes sociales. El modelo de salud del proyecto de Ley permite armonizar las disposiciones previstas con los acuerdos de la Habana, en la medida en que hay un énfasis en la atención primaria en salud y en

la atención en zonas dispersas y de la Colombia profunda, en especial en las zonas PDET. En tal sentido se incluye el artículo 151, el cual quedará así:

Artículo 151. Plan Nacional de salud Rural. En las zonas rurales, en particular en las regiones de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET, se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural que tendrá como pilar el fortalecimiento de la infraestructura y el mejoramiento de la calidad de la atención en la red pública de las zonas rurales. El gobierno nacional deberá formular de manera participativa con las organizaciones campesinas dicho plan y adoptarlo en un tiempo límite de 6 meses a partir de la sanción de la presente Ley, el cual se articulará con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, el enfoque de determinantes sociales y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.

CAPITULO XIX

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS

Artículo 152

El artículo 149 del proyecto de ley, se mantiene con algunas precisiones. En especial se adapta su contenido al papel que irán jugando las gestoras de salud, cuando ellas evolucionen de entidades promotoras de salud hacia esta nueva figura. En el informe de ponencia es el artículo 152, el cual quedará así:

Artículo 152. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. Los pacientes en estado crítico que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición. De igual forma se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

2. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan requisitos de permanencia y a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, que decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud en la medida en que entren en operación.

Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición de dos años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud.

Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

b. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

4. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

5. La Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección social en la estructuración de las redes integradas e integrales.

Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo al plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social

6. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud.

7. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud.

8. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud- CAPS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen.

Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal, darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud.

Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos de Salud ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

9. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

10. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. - CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.

11. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.

12. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

13. El Gobierno Nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección social.

Artículo 153

Se incluye un artículo nuevo, aportado por el partido liberal, conservador y de la U, en el cual se establece una vigilancia reforzada por parte de la Superintendencia nacional de Salud, para que

concurra y coadyuve en el proceso de transición y evolución. Es el artículo 153 del informe de ponencia, el cual quedará así:

Artículo 153. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud.

Artículo 154

El artículo 148 se mantiene, dado que es necesario prever cómo se hará el tránsito organizado de las Entidades Sociales del Estado, al nuevo régimen de las Entidades de salud del estado ISE. Se codifica en el informe de ponencia como artículo 154, el cual quedará así:

Artículo 154. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley. Para la implementación de su nuevo régimen laboral, lo harán progresivamente dentro de los cuatro años siguientes a la expedición de la presente ley, previo los estudios correspondientes que determinen su implementación y las disposiciones reglamentarias que expida el Gobierno Nacional sobre la materia. En cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación.

El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el período para el cual fue nombrado, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales señaladas para el Director de Institución de Salud Estatal.

La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado mantendrán ininterrumpidamente la prestación de los servicios de salud a su cargo.

Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva, la transformación de las Empresas Sociales del Estado – ESE de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado - ISE. Para el efecto el gobierno nacional determinará las fases y períodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado- ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado, las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Cuando exista una infraestructura pública que esté siendo operada por terceros, se propenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.

Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la fecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado -ISE del respectivo nivel de Gobierno.

Artículo 155

El artículo 155, corresponde a la vigencia, el cual quedará así:

Artículo 155. Vigencia. La presente Ley rige a de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

6. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de la facultades conferidas por el artículo 153 de la ley 5 de 1992, se rinde PONENCIA POSITIVA y se solicita a la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar primer debate al Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", con modificaciones.

Cordialmente,

ALFREDO MONDRAGON G.
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

MARTHA ALFONSO JURADO
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

GERARDO YEPES CARO
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Ponente
Representante a la Cámara

GERMAN JOSÉ GÓMEZ LOPEZ
Ponente
Representante a la Cámara

CAMILO ESTEBAN AVILA M.
Ponente
Representante a la Cámara

7. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

DECRETA

CAPITULO I

OBJETO Y CAMPO DE APLICACION

Artículo 1: Objeto. En desarrollo de lo ordenado por la ley estatutaria 1751 de 2015, la presente ley establece el Sistema de Salud como consecuencia de la garantía del derecho fundamental a la salud y reestructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema de Salud se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. El Sistema de Salud comprende la atención integral de la salud y la consideración de los determinantes sociales sobre la salud, con enfoque intersectorial y la participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Establece el modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, la participación social y los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.

Artículo 2°. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud es la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para atender las contingencias de salud y las afectaciones económicas derivadas de las mismas. A tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, de forma solidaria, con criterios de equidad, y un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros.

El aseguramiento social en salud contará con la participación de los particulares, en los términos de la presente ley, y la participación ciudadana.

Artículo 3o. Fines de la intervención del Estado. El Estado buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

El Estado intervendrá en el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, conforme a las competencias de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:
1. Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en la presente Ley.

2. Asegurar el carácter obligatorio del aseguramiento social en salud y su naturaleza de derecho para todos los habitantes de Colombia;

3. Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control del aseguramiento social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud;

4. Lograr el aseguramiento social en salud, como un sistema público, único, universal, eficiente y solidario, permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país;

5. Dirigir y orientar políticas de salud pública para prevenir enfermedades, promover la salud, analizar determinantes sociales e intervenirlos y fortalecer sistemas de información, vigilancia y control de indicadores en salud para la toma de decisiones;

6. Establecer la atención primaria en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley;

7. Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad;

8. Evitar que los recursos destinados al aseguramiento social en salud y al sistema de salud se destinen a fines diferentes;

9. Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, como parte fundamental del gasto público social.

Parágrafo. Todas las competencias atribuidas por la presente Ley al Presidente de la República y al Gobierno Nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.

Se elimina el artículo 3º del proyecto, en función de que estas definiciones están desarrolladas en el cuerpo del articulado o bien son definiciones que emanan directamente de la Ley Estatutaria de Salud.

CAPITULO II

DETERMINANTES SOCIALES

Artículo 4° Identificación de determinantes Sociales de la Salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los Determinantes de la Salud, con el fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio. Son determinantes sociales de la Salud:1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

2. Seguridad y soberanía alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos para una buena y adecuada nutrición.

3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.

4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.

5. Ambiente sano.

6. Acceso al transporte.

7. Acceso a la educación y recreación.

8. Condiciones de vida digna y eliminación de la pobreza.

9. Ausencia de cualquier tipo de discriminación.

10. Convivencia y solución de conflictos por vías pacíficas.

11. Información accesible sobre cuestiones relacionadas con la salud, con énfasis en la salud sexual, salud reproductiva y salud mental de la población

12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

13. Enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género.

14. Los demás que tengan incidencia sobre la salud.

Parágrafo. Las acciones correctivas sobre los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades, y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas. Parágrafo 2. Los determinantes de la salud no son taxativos, por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento por su relación con el derecho fundamental a la salud.

Artículo 5°. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Créase la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública, que tendrá por objeto:

1. Establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud.

2. Participar en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14° y 15° de la Ley 152 de 1994, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud.

3. Evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizar el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento.

4. Informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, estas comisiones informarán a los municipios de su jurisdicción. El Presidente de la República la presidirá y estará integrada por todos los Ministros del gabinete y demás miembros que establezca el reglamento.

Artículo 6°. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Los Gobernadores y Alcaldes conformarán la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de esta ley, con los secretarios de sus gabinetes. Las comisiones intersectoriales revisarán la información epidemiológica en el ámbito de su jurisdicción que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), el Consejo Territorial de Salud y la Dirección Territorial de Salud para establecer los determinantes a intervenir, analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIIS. Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción

de que trata el artículo 41 de la Ley 152 de 1994 y, en las evaluaciones de los planes territoriales.

CAPITULO III

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 7°. Rectoría y dirección del sistema. La rectoría y dirección del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La dirección del Sistema de Salud consiste en formular y desarrollar las políticas públicas de salud en el ámbito nacional, presentar iniciativas legislativas y ejecutar las disposiciones legales, dirigir la actividad administrativa y, ejercer la coordinación sectorial. En el ámbito nacional le corresponde ejercer las competencias a cargo de la Nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen.

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.

Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán, en lo posible, atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud, relacionadas con las funciones que para estos Consejos señala la presente Ley.

Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, la cual garantizará el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicos, privados y mixtos y la participación social en la salud"

Artículo 8o. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia asesora del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Director de Planeación Nacional.

Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:

1. Gobiernos Territoriales

2. Trabajadores

4. Profesiones de la salud

5. Pacientes

6. Academia, facultades y escuelas de salud

7. Empresarios

8.Grupos étnicos

El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) formará parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. Y podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional reglamentará el número de integrantes por cada estamento. Se procurará la paridad de género en la conformación del mismo. Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un período de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un período; su elección se realizará por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente, reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 2. Los representantes gubernamentales serán los funcionarios que ejerzan el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud. La respectiva ley anual definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán los gastos de transporte, hospedaje y alimentación y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento establecido por el mismo Consejo.

Artículo 9o. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Proponer al Ministro de Salud y Protección Social las políticas públicas nacionales de salud, en especial, de salud pública.

2. Proponer políticas orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto del Sistema de Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública de otros sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud, incluyendo el Plan Decenal de Salud Pública, entre otros. Considerando enfoques transversales, estructurales e intersectoriales de la salud, para el ámbito territorial y nacional. El Ministro de Salud y Protección Social presentará estas iniciativas ante el CONPES, el Departamento Nacional de Planeación y demás instancias intersectoriales, según el tema.
3. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

4. Monitorear el buen funcionamiento del Sistema de Salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud.

5. Presentar semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes.

6. Adoptar su propio reglamento.

7. Consolidar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de política públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

Parágrafo 1. El Ministro de Salud y Protección Social deberá justificar al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas que se hayan aprobado y de la ejecución de las mismas cada año.

Artículo 10. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente, y contará con un (1) representante de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, mixta o privada.

Podrán presentar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, inlcuido el Plan Decenal de Salud Pública, propondrán las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del Sistema de Salud y sus redes integrales e integradas de salud, así como de sus recursos en el Territorio.

El Consejo Departamental o Distrital de Salud deberá recomendar la construcción del Plan Territorial de Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas.

Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior en el respectivo ámbito de su jurisdicción, las cuales deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.

Artículo 11. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

1. Presentar al Consejo Nacional de Salud la política pública gubernamental de salud cada cuatro (4) años, para su concertación y recomendaciones.

2. Dirigir la ejecución, seguimiento, evaluación e implementación de las políticas públicas de salud en todo el territorio nacional en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial.

3. Expedir las normas para la ejecución de las políticas de salud por parte de los actores del sistema.

4. Presentar al Consejo Nacional de Salud iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Nacional de Salud para su consideración y recomendaciones.

5. Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.

6. Diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIIS.

7. Prestar la asistencia técnica al nivel territorial para garantizar la implementación del Sistema de Salud.

Artículo 12. Evaluación y coordinación en el Sistema de Salud. El Ministro de Salud y Protección Social convocará, de manera periódica, cada cuatro (4) meses, a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país en un Comité Ejecutivo Nacional, el cual tendrá como finalidad, evaluar el desarrollo del Sistema de Salud y coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional, conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.

Los directores departamentales de salud, convocarán a los directores territoriales de salud de municipios y distritos cada cuatro 4 meses, para celebrar un comité ejecutivo departamental que tendrá como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y el seguimiento a la ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios y distritos.

Artículo 13. Territorio de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo así una gestión en salud que fortalezca i) el diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial, ii) la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y iii) el cierre de brechas e inequidades en salud. Los agentes del Sistema de Salud desarrollarán sus funciones - desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en redes, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas y poblaciones que allí habitan.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los Territorios de Salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basada en vecinos más cercanos entre municipios o distritos de distintas tipologías y iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales.

Parágrafo 2. Cuando se requiera las Entidades territoriales podrán asociarse para dar respuesta conjunta a las necesidades sociales de la salud compartidas por los territorios. Las Direcciones Territoriales de Salud deben garantizar la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho fundamental a la salud de la población en el territorio de salud.

CAPÍTULO IV

PRESTACIÓN DE SERVICIOS E INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO

Artículo 14. Cobertura de atención del Sistema de Salud. De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, la prestación de salud es garantía del derecho por lo que toda persona nacional o extranjera podrá solicitar la prestación de servicios de salud; se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud a quien lo solicite. La Atención en salud comprende la prestación de servicios y tecnologías en salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya la promoción, la prevención, la predicción, la atención de la enfermedad, la rehabilitación, la paliación y muerte digna.

Conforme a los artículos 13 y 100 de la Constitución Política, se garantizará la atención en salud de urgencias a toda persona nacional o extranjera en las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos correspondientes a esta atención.

A los extranjeros con residencia temporal y a los turistas, se les exigirá un seguro de salud contra el cual los Fondos Cuenta podrán generar recobros por los servicios prestados.

Artículo 15. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Gobierno Nacional en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes:

15.1. Habilitación de los Agentes en el nivel nacional, departamental, distrital y comunitario. Las Características mínimas para la operación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el suministro de tecnologías de salud, tanto públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud. Así como, los indicadores relacionados con la rendición de cuentas por sus resultados clínicos, financieros de Salud y de gestión, como elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.

15.2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. Mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación superiores a los que se determinan como básicos en el componente de habilitación.

15.3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. Definirá los incentivos correctos en las relaciones y acuerdos de voluntades entre los distintos agentes del Sistema de Salud. El SICA formulará, monitoreará y evaluará los elementos que modularán dichas relaciones con una visión integral de sistema, enfoque diferencial territorial y sociocultural, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión, centrado en las necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.

15.4. Desarrollo de Capacidades Institucionales y de Talento Humano en Salud. El Estado desarrollará, de forma dinámica, la generación de capacidades institucionales de cuidado integral de salud de las personas, familias y sus comunidades, desde los ámbitos clínicos hasta los propios del Aseguramiento Social en Salud y la política pública. A su vez, promoverá la adecuada formación, y entrenamiento del talento humano en salud, adecuado a las necesidades territoriales del país presentes y futuras, el trato digno y diferencial a los usuarios del sistema y armonizado con las políticas, planes y acciones del sector educación y otros, en esta materia.

15.5. Monitoreo y evaluación del desempeño del Sistema de Salud y sus agentes. Desarrollará un sistema integral de monitoreo y evaluación del desempeño de los distintos agentes del Sistema de Salud, armonizándose adecuadamente con las diferentes fuentes de información disponibles, el Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y el Sistema Público Unificado de Información en Salud (SPUIS), utilizando la interoperabilidad de sistemas, bajo el principio de eficiencia en el uso de la información. Este componente deberá desarrollar visualizaciones para los distintos agentes del sistema y los usuarios que den cuenta, de manera general y fácil comprensión, de sus hallazgos.

15.6. Acreditación y Excelencia en Salud. Formulará e implementará políticas, planes, estrategias o acciones tendientes al mejoramiento progresivo y sistemático de la calidad de los agentes del Sistema de Salud, hacia niveles superiores o de excelencia.

15.7. Innovación Social en Salud. Desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a la búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud tanto de los individuos, familias, como sus comunidades, fomentando el trabajo conjunto del Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales, los agentes del Sistema de Salud, los usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse. Este componente promoverá el empoderamiento de las personas y las comunidades, propendiendo la transformación de los procesos institucionales de los agentes intervinientes con base en evidencia.

Todos los desarrollos de los componentes del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) deberán guardar armonía entre sí, contar con un enfoque en resultados en salud y buscar el mejor desempeño del Sistema de Salud y de los integrantes del Sistema de salud.

CAPITULO V

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – ISE

Artículo 16. Objeto de las Instituciones de Salud del Estado-ISE. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado -ISE, será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado. La prestación de servicios de salud por la Nación y por las entidades territoriales será de carácter social, a través de Instituciones de Salud del Estado– ISE.

Artículo 17. Naturaleza de las Instituciones de Salud del Estado-ISE. Estas instituciones constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Artículo 18. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE, se agruparán por niveles de baja, mediana y alta complejidad, y operarán en redes integrales e integradas de Servicios de Salud en los términos definidos en la presente ley.

El Gobierno Nacional reglamentará las tipologías y niveles de complejidad y clasificará las Instituciones de Salud del Estado ISE mediante el reglamento.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas por cada tipología institucional y de servicios de salud.

Los Departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el

modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en red integral e integrada.

Los departamentos y distritos que a la fecha de expedición de la ley tienen Empresas Sociales del Estado creados en red, por Ordenanzas o Acuerdos, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el Sistema de redes integradas e integrales de prestación de servicios. La creación de Instituciones de Salud del Estado, ISE se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 19. Régimen jurídico. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado – ISE".

2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5º del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas en esta materia a las Instituciones de Salud del Estado-ISE.

3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.

4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Artículo 20. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE.

2. El portafolio de servicios de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.

3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.

4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.

5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Instituciones de Salud del Estado - ISE se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios de salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ningún caso, la Administradora de Recursos para la Salud ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los

servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 21. Aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado de Mediana y Alta Complejidad. Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se deberá adelantar el siguiente trámite:

1. En el mes de julio de cada vigencia el director de la institución de Salud del Estado – ISE presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración.

3. De acuerdo con la Dirección Territorial de Salud se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.

4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado - ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestales.

5. Una vez aprobado por el Consejo Directivo, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado – ISE para su ejecución.

Parágrafo. Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Artículo 22. Giro de los recursos a las ISE. Los recursos del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado– ISE para financiar los servicios de salud, distintos de la venta de servicios que serán pagados por los Fondos Cuenta, serán girados por la Administradora de Recursos para la Salud ADRES y los fondos de salud del orden territorial, según corresponda. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado– ISE garantizarán los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a la misma y demás gastos de personal.

Artículo 23. Régimen de contratación de las ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.
El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y

generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado ISE.

Artículo 24. Órganos de dirección y administración de las ISE. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.

Artículo 25. Integración del Consejo Directivo de las ISE. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

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

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

3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.

4. Dos (2) representantes de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

Parágrafo 1°. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.

Parágrafo 2°. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado - ISE se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo.

Parágrafo 3°. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.

Parágrafo 4°. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia.

Artículo 26. Requisitos para el cargo de director de Instituciones de Salud del Estado-ISE. Para el desempeño del cargo de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se deberán acreditar los siguientes requisitos:

1. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de baja complejidad. Se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por las Leyes 136 de 1994 y 617 de 2001, y demás normas que las modifiquen o adicionen.

2. Para la categoría especial y primera se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de dos (2) años en el sector salud.

3. Para la categoría segunda se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de un (1) año en el sector salud.

4. Para las categorías tercera, cuarta, quinta y sexta se exigirá como requisitos, título profesional en el área de la salud y experiencia profesional de un (1) año, en el sector salud.

5. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de servicios de salud de mediana complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para ocupar este cargo son: Título profesional en áreas de la salud, económicas o administrativas; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud u otro en el área de la administración en salud; y experiencia profesional de tres (3) años en el sector salud de los cuales dos (2) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.

6. Director de Institución de Salud del Estado -ISE de servicios de salud de alta complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para el desempeño de este cargo son: Título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud y título de posgrado en economía, administración o afines; o Título profesional en el área de conocimiento de ciencias económicas o administrativas, y título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria o administración en salud. Y experiencia profesional de cuatro (4) años en el sector salud de los cuales tres (3) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.

7. El empleo de director de Institución de Salud del Estado - ISE será de dedicación exclusiva y de disponibilidad permanente; el título de postgrado no podrá ser compensado por experiencia de cualquier naturaleza.

Artículo 27. Provisión del empleo de director. La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se efectuará por la respectiva autoridad nominadora, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará periódicamente una lista de aspirantes, de acuerdo con el reporte que le remitan las Instituciones de Educación Superior y el Departamento Administrativo de la Función Pública, respecto de los aspirantes que acreditan haber realizado el curso de Administración Hospitalaria y la prueba de competencias, respectivamente. La periodicidad de las pruebas y los parámetros requeridos para las pruebas, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La lista de aspirantes al empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, tendrá una vigencia de cinco (5) años.

Se determinará un nivel o puntaje mínimo para dirigir instituciones de baja, mediana y alta complejidad. Las entidades territoriales no podrán nombrar directores que no certifiquen haber obtenido en los últimos cinco años el nivel mínimo requerido para la institución respectiva, según su complejidad.

Los Cursos de Administración Hospitalaria válidos para el proceso de provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, serán los impartidos por las instituciones de Educación Superior que cumplan con los requisitos y lineamientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 28. Educación continua y actualización en administración de servicios de salud. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, privadas y mixtas deberán realizar un curso de actualización en Administración Hospitalaria cuando cumplan dos (2) años de servicio continuos o discontinuos en el cargo.

Los eventos académicos de educación continuada y actualización en Administración Hospitalaria serán diseñados teniendo en cuenta los avances en la ciencia de la administración pública, la reingeniería del gobierno, la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud centrados en las personas y las comunidades, así como la responsabilidad en el manejo técnico misional, presupuestal y financiero de la entidad, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección. Serán financiados por la respectiva Institución Sanitaria, ya sea pública, privada o mixta.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Escuela Superior de Administración Pública, convendrá y estructurará los planes y programas de formación, asistencia técnica y capacitación, para el desarrollo de las capacidades institucionales que exija la implementación del Sistema de Salud."

Artículo 29. Causales de retiro del director. Serán causales especiales de retiro del director de la ISE, la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exijan o por evaluación insatisfactoria de acuerdo con el procedimiento que determina la ley 1438 de 2011 que se entenderá aplicable en reemplazo de las Empresas Sociales del Estado a las Instituciones de Salud del Estado-ISE de que trata la presente Ley y demás normas que la modifiquen o sustituyan.

Artículo 30. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.

3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado."

Artículo 31. Evaluación del plan de gestión del director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de

reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal de retiro del servicio del director por parte del nominador, para lo cual el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley.

6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE, dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Artículo 32. Régimen Laboral de las ISE. Para todos los efectos legales, los servidores públicos con funciones de dirección, conducción, orientación y asesoría institucional cuyo ejercicio implica la adopción de políticas o directrices o los de confianza que estén al servicio del director general de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, se clasifican como empleados públicos de libre nombramiento y remoción.
Los servidores públicos que tengan la calidad de empleados públicos se vincularán mediante nombramiento del director general y su régimen legal será el establecido por la Ley 909 de 2004 y las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, propias de tales empleados en lo que no riña con la presente ley.

Los demás servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, y de las Instituciones mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, serán de régimen especial, quienes tendrán el carácter de trabajadores estatales de la salud y estarán sometidos al régimen laboral propio establecido en la presente ley. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido para los servidores públicos que, a la vigencia de la presente ley, tienen la calidad de trabajadores oficiales.

Son normas especiales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, las siguientes:

1. Los trabajadores estatales de la salud serán vinculados mediante contratos de trabajo suscritos por el director, por término definido o indefinido, por obra o labor y se regirán por lo dispuesto en la presente ley, lo pactado en el contrato de trabajo y en el reglamento interno. La vinculación se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de

formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y la evaluación de las competencias, de lo cual se dejará evidencia.

2. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de trabajadores estatales de la salud requerido para la prestación de servicios, de acuerdo con las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno Nacional.

3. En materia de la jornada laboral, los trabajadores estatales de la salud de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan; el Consejo Directivo señalará la manera como se dará cumplimiento a la jornada laboral en donde se tendrá en cuenta la naturaleza del cargo o actividad, la intensidad horaria y su cumplimiento por áreas de servicio.

4. A los trabajadores estatales de la salud se les aplicará las previsiones que en materia de negociación colectiva aplica a los empleados públicos de la rama ejecutiva nacional, para lo cual deberá observarse lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley 4ª de 1992 y demás normas pertinentes.

5. En lo relacionado con la administración del personal, a los trabajadores estatales de la salud les serán aplicables en lo pertinente las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.

6. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes y con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992; la de los trabajadores estatales de la salud la fijará el Consejo Directivo de la respectiva institución, para lo cual tendrá en cuenta los parámetros que para su efecto fije el Gobierno Nacional.

7. El retiro para los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se dará por las causales legales señaladas por la Ley 909 de 2004 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan; para los trabajadores estatales de la salud lo serán por las mismas causas, por la terminación de la obra o labor o el cumplimiento del término pactado o por razones disciplinarias, y en caso de supresión del cargo, se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

8. Los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE estarán sometidos al régimen disciplinario único fijado por la Ley 1952 y las normas que la modifiquen o complementen.

Artículo 33. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, conservarán el

carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, momento a partir del cual continuarán laborando, sin solución de continuidad y sin que en ningún momento se desmejoren sus condiciones laborales.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE.

Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria, así como los empleados públicos que sean incorporados automáticamente a la nueva planta de personal y su relación sea ajustada al nuevo régimen, se computará, con el tiempo servido en la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.

Parágrafo 1. Los procesos de selección que se encuentren en curso, a la entrada en vigencia de la presente ley, para proveer empleos de carrera de los empleados de las Instituciones de Salud del Estado -ISE culminarán, pero el uso de las listas de elegibles resultantes se entenderá que serán usadas bajo el nuevo régimen y por tanto, no se usarán para proveer empleos de carrera administrativa, sino excepcionalmente y por una vez, para los contratos de trabajo de régimen especial de que trata la presente Ley y según las necesidades del servicio y su sostenibilidad financiera.

Parágrafo 2. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente ley. se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado-ISE respetarán los derechos adquiridos por los trabajadores oficiales de la salud en materia salarial y prestacional, derivados de la ley, los acuerdos laborales o la convención colectiva de trabajo. En todo caso, no podrá haber desmejoramiento de las condiciones laborales.

Parágrafo 4. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los trabajadores estatales de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.

Parágrafo 5. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Artículo 34. Entidad de Salud del Estado Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos o de difícil acceso geográfico, operará una Entidad de Salud del Estado Itinerante o ambulante del orden nacional, que prestará atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la policía nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las Instituciones de Salud del Estado -ISE itinerantes serán financiadas con recursos provenientes de los fondos territoriales de salud o recursos del Sistema General de Regalías cuando se trate de gastos de inversión.

Artículo 35. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento y dotación en Salud con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar cada cuatro (4) años los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con el período de gobierno, y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste. Este plan se financiará con los recursos del Fondo Único Público para la Salud y con otros recursos de las entidades territoriales.

CAPITULO VI

REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD – RIISS

Artículo 36. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve debidamente establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesiones independientes de salud, que harán acuerdos de voluntades para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural, y diferencial.

En el Sistema Único de Aseguramiento Social en Salud las personas tendrán derecho a elegir libremente entre las entidades responsables de los riesgos en salud y financiero públicas dentro de la oferta disponible en el respectivo territorio de salud

Habrá libre elección en la escogencia del profesional de salud que atiende en los centros de atención primaria; se podrá elegir la red de prestación disponible para el centro de atención primaria, desde el cual podrá escoger los proveedores y prestadores de atención

especializada; se respeta la portabilidad entre barrios, localidades, municipios y departamentos; habrá libre elección en la prestación de la red de urgencias.

Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación. Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna se suministrarán por las Redes con la suficiencia técnica y administrativa necesarias. Sin perjuicio de la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud-CAPS, las personas podrán acceder a la consulta médica cerca del sitio de trabajo, dentro de la oferta de CAPS disponible del agente público, privado o mixto responsable de la gestión de sus riesgos de salud y financiero.

Las redes integrales e integradas de servicios son:

1. Redes de nivel primario

2. Redes de nivel complementario como servicios ambulatorios y hospitalarios

3. Red de urgencias y emergencias médicas relativas a la atención prehospitalaria y extrahospitalaria

4. Redes de apoyo de Rehabilitación; de Laboratorios, de Bancos de sangre, donación y transplantes de órganos y tejidos y de servicios farmacéuticos.

Las Redes se soportarán en las tecnologías de la información y la comunicación, cuya reglamentación técnica y operativa le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Artículo 37. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen de tarifas y formas de pago, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.

Los Centros de Atención Primaria en Salud podrán ser instituciones públicas, privadas y mixtas. Las instituciones privadas y mixtas podrán contratarse para ofrecer los servicios de atención primaria en salud dentro de las Redes integrales e integradas de servicios de salud, a cuyo efecto se tendrán como parámetros los presupuestos estándar con incentivos por dispersión y calidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 38. Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios de Gestión de Salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios. El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS, con fundamento en los siguientes parámetros:

1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y diferenciales, establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.

El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, y un nivel complementario que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas.

2. Rectoría y Gobernanza. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario, y garantizar la continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. Organización y gestión. Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Único Integral de Información en Salud - SPUIIS.

4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA).

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, así como los requisitos y condiciones para su organización y conformación.

Artículo 39. Organización y Conformación de las Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud – RIISS. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud se organizarán y autorizarán para un Territorio de Salud, por el Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de las direcciones Departamentales y Distritales y la colaboración de las Gestoras de Salud y Vida que pertenezcan al territorio de salud. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Todas las Instituciones de Salud del Estado de alta complejidad, se habilitarán como hospitales universitarios en un plazo no mayor de dos años a partir de la vigencia de esta Ley.

Artículo 40. Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social generará un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), el cual estará bajo el marco del Sistema Publico Unificado de Información en Salud (SPUIS).

El Sistema de Monitoreo de las RIISS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de salud y prestará especial atención a los siguientes componentes:

1. Seguimiento a cohortes de riesgo.
2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).
3. Efectividad de la Atención en Salud.
4. Cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud.

El Sistema de Monitoreo deberá generar alertas tempranas que permitan actuar oportunamente por parte de los distintos agentes del Sistema de Salud, evitando la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Artículo 41. Prestación de servicios médicos asistenciales. La prestación de servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad,

ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y paliación, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 42. Servicios Farmacéuticos. Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema de Salud deberán habilitar dicho servicio, de acuerdo con la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los servicios farmacéuticos hacen parte de los servicios médicos asistenciales, orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud. El transporte, gestión y dispensación farmacéutica ambulatoria de medicamentos a usuarios del sistema de salud se efectuará a través de los establecimientos farmacéuticos de gestores farmacéuticos, droguerías y operadores logísticos autorizados para ello, sin perjuicio de la entrega que se haga en los servicios farmacéuticos de lPS. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará la política farmacéutica nacional en los términos dispuestos en la Ley 1751. El Ministerio de Industria y Comercio participará en la formulación de la política, en el marco de su competencia.

Artículo 43. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales con el apoyo del CRUE del nivel seccional y las entidades Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, el que podrá integrarse con otros servicios de emergencia como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja. Así mismo, les corresponde la coordinación de la red de urgencias y de los servicios de atención básica domiciliaria a personas con limitación de la movilidad y a las personas sin hogar o en precaria condición social.

Artículo 44. Centro de Atención Primaria en Salud y adscripción de la población. El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, en los que se establece el primer contacto de la población con el sistema de salud, que organiza la adscripción poblacional y presta servicios del nivel primario individuales, colectivos, sociosanitarios, ambientales a nivel intra y extramural. Será responsable de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social con la población asignada. Igualmente, será el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia y contrarreferencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad. Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en Salud de su preferencia en función de su lugar de residencia. Las personas podrán solicitar temporalmente la atención primaria en un sitio diferente al lugar permanente de residencia, de acuerdo a la normatividad.

Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia, debe registrarse en el Centro de Atención Primaria en Salud del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia.

El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) facilitará el acceso con calidad a otros sectores del Estado, para dar respuesta integral a las necesidades identificadas en la población del espacio geográfico territorial asignado. Los servicios básicos deberán ser integrados progresivamente a la locación física del Centro de Atención Primaria en Salud, pero podrán disponerse inicialmente en las cercanías o incluso podrán contratarse algunos temporalmente, mientras se desarrolla la infraestructura propia. Las ESE de primer nivel transitarán a ISE tipo CAPS dependiendo de su ubicación geográfica y capacidad resolutiva.

Los centros de Atención Primaria en Salud serán responsables de consolidar la información del total de la población a su cargo, en términos demográficos y de situación de salud, para planificar los servicios básicos y las acciones de promoción y prevención. Serán igualmente responsables de la vigilancia epidemiológica sobre la población que se le adscribe.

Los Centros de Atención Primaria en Salud deberán contar con un equipo técnico para la referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad, apoyado en el Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIS y en modernos sistemas de comunicaciones para lograr el agenciamiento de las necesidades de su población adscrita con el apoyo de los centros departamentales y distritales de referencia de pacientes.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de conformación, integración y funcionamiento de los mismos, garantizando los espacios de participación de los usuarios y del personal asistencial.

Para el caso de las instituciones públicas, el Centro de Atención Primaria en Salud, se organiza como una Institución de Salud del Estado ISE de servicios de salud del nivel primario y puede o no, ser una unidad funcional de otra institución de salud del Estado.

De acuerdo con las características y los requerimientos en salud de las personas, familias y comunidad, que tiene en cuenta las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos, del área geográfica de influencia, existirán diversos Centros de Atención Primaria en Salud.

Las acciones de los CAPS direccionadas a través de los Equipos Territoriales de Salud deben ser universales, permanentes, sistemáticas y territorializadas en el área de la población adscrita con criterio de continuidad y contigüidad territorial.

Artículo 45. Estructura y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS. Los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS, de carácter privado o mixto, desarrollarán sus funciones bajo acuerdos de voluntades con el respectivo nivel territorial, que orientará el Ministerio de Salud y Protección Social. Los públicos lo harán bajo las condiciones de organización y ordenamiento que establezca y autorice el Ministerio de Salud y Protección Social, y con la participación activa de las entidades territoriales.

El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de las Direcciones de Salud, en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), determinará el número, la ubicación y las características de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos territoriales de Salud que deberán existir en los Territorios de Salud.

Los Centros de Atención Primaria en Salud tendrán los siguientes procesos:

I. Administrativo y de atención al ciudadano:

a. Adscripción poblacional

b. Referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad y contrarreferencia al Centro de Atención Primaria en Salud y a los equipos de salud territorial.

c. Gestión de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

II. Prestación de servicios individuales y colectivos:

a. Caracterización social y ambiental e identificación del riesgo individual, familiar y comunitario, apoyado en el Sistema Público Unificado de Información Integral en Salud – SPUIIS

b. Elaboración de un plan de salud familiar y ambiental.

c. Desarrollo de acciones individuales, colectivas y socio sanitarias.

d. Desarrollo de acciones de apoyo a la gestión de la salud pública: vigilancia epidemiológica, inspección, vigilancia y control sanitario.

e. Gestión de programas de interés en salud pública.

f. Prestación de los servicios de salud que incluye medicinas alternativas, complementarias y saberes ancestrales.

III. Gestión intersectorial y participación social:

a. Coordinación con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y al territorio.

b. Promoción de la participación comunitaria de manera consciente activa y vinculante en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.

Cada Centro de Atención Primaria en Salud-CAPS deberá contar con una infraestructura física y tecnologías que se adapten a las condiciones diferenciales y particularidades del territorio, ya sean socioculturales geográficas y bioclimáticas, entre otras.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al desarrollo de la estructura y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud-CAPS.

Artículo 46. Equipos Territoriales de Salud. Los Equipos Territoriales de Salud son unidades funcionales y dinámicos de la prestación de servicios, conformados por perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidad asignadas de acuerdo con las condiciones socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos, del territorio asignado.

Los Equipos Territoriales de Salud como parte de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS son las unidades funcionales dinamizadoras de la atención primaria a nivel territorial de personas, familias y comunidades adscritas al respectivo CAPS. Tendrán a cargo la promoción, la prevención y la atención básica de grupos de familias adscritas a los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS de manera continua y contigua en el entorno del hogar, escolar, comunitario, laboral e institucional del respectivo territorio asignado. Estos equipos realizarán acciones permanentes de caracterización, detección temprana, protección específica, demanda inducida a los CAPS, articulación intersectorial y fomento de la participación social y comunitaria. La información poblacional recolectada, permitirá adoptar decisiones sobre la planificación de la salud, predecir posibles eventos de salud y gestionar los resultados de salud.

Artículo 47. Gestión de los servicios. Las remisiones para la prestación de servicios en su integridad estarán a cargo de las instituciones del Sistema de Salud sin trasladar, en ningún caso, la carga de los mismos a los pacientes y sus familiares. El acceso a los servicios será expedito y primará el derecho fundamental a la salud respecto de cualquier formalidad o trámite administrativo.

Artículo 48. Sistema de referencia y contrarreferencia. El Sistema de Referencia y contrarreferencia es de obligatorio cumplimiento, se define como el conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad, en la red integral e integrada de servicios de salud para dar respuesta a las necesidades de salud de manera oportuna, continua e integral y que permita el acceso universal de la población a las tecnologías que se requieran. El Sistema asegurará de manera progresiva que los servicios sean prestados lo más cerca posible del lugar de residencia y/o de trabajo de las personas.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el marco de la organización, gestión y operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Artículo 49. Consejo de Planeación y Evaluación de las redes de servicios de Salud. Las Direcciones departamentales y distritales de Salud organizarán un Consejo de Planeación y Evaluación de las redes de servicios de Salud, encabezado por el director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de la academia, y de la sociedad civil. Harán parte del mismo, representantes de las organizaciones de la comunidad. Le corresponde al Consejo de Planeación y Evaluación en salud Departamental o Distrital:

1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes para garantizar la atención oportuna de los habitantes en las distintas zonas del respectivo territorio, sus deficiencias y fortalezas.

2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación de los sistemas de referencia y transporte de pacientes.

3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio.

4. Proponer los estándares de calidad para el funcionamiento de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud y los sistemas de referencia y transporte de pacientes.

5. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, al Fondo Cuenta Regional y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las universidades públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIIS."

Artículo 50. Proceso Interinstitucional. Para garantizar la accesibilidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional. A tal efecto, se observarán las siguientes instancias:

1. Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia, sección u oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe ser orientada por estas instancias, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas instancias.

2. En el ámbito territorial, se constituirán instancias técnicas denominadas Coordinaciones Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios. Los distritos y municipios

mayores a 100.000 habitantes podrán crear una o varias instancias de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia con denominaciones análogas.

3. Cada Región tendrá una instancia de Coordinación Regional de la Red de Servicios, como instancia acordada por los respectivos departamentos, para facilitar las referencias de pacientes necesarias hacia instituciones de alta complejidad en otro departamento de la misma región.

4. A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en instituciones especiales que no estén disponibles en el ámbito regional.

Artículo 51. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las Redes de servicios de salud estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud en áreas de administración de salud o salud pública.

Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las Redes de Servicios de Salud:

1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención primaria Integral Resolutiva en Salud.

2. Administrar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley.

3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna.

4. Ofrecer a las instituciones de las Redes de Servicios de Salud comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región.

5. Disponer de una plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado–ISE, privadas y mixtas que hagan parte de la red.

6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios, y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección, reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.

Artículo 52. Coordinación Regional de las Redes. La instancia de Coordinación Regional de las Redes de Servicios de Salud, está conformada por un equipo humano, encabezado por profesionales de salud en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.

Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las Redes de Servicios para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud.

Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Único Público de Información Integral en Salud para garantizar la comunicación entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.

La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección, reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país."

Artículo 53. Seguimiento, evaluación y mejora de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). El Seguimiento, evaluación y mejora de la gestión de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) se realizará de acuerdo con los indicadores de gestión integral y resultados en salud, sociales, administrativos y financieros. Este será reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

CAPÍTULO VII

MODELO DE ATENCIÓN

Artículo 54. Definición del modelo de salud. El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

El modelo de salud establece la forma cómo se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención, rehabilitación, paliación y muerte digna en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

Artículo 55. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Modelo de salud prevé los servicios y tecnologías de salud que responden a las necesidades de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos y la muerte digna, de manera integrada e interdependiente y que se adecuarán según género, etnia, curso de vida, discapacidad u otras condiciones poblacionales y territoriales.

Los servicios y tecnologías de salud comprenden los usados en la prestación de servicios de salud, y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, para garantizar su disponibilidad y mejorar su

acceso. Incluye medicinas y terapias alternativas y complementarias, formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales, de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 56. Atención Primaria Integral en Salud (APIS). La Atención Primaria Integral en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud.

Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y muerte digna.

Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.

El desarrollo de la atención primaria en salud contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:

1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.

2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.

3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.

4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud.

5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.

6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de salud familiar y comunitaria.

7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades.

8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia.

9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Único de Información en Salud

10. La Atención Primaria de Salud integrará los enfoques de puerta de entrada, famiiar, comunitario, longitudinalidad, continuidad."

Artículo 57. Fortalecimiento del nivel primario de atención. El nivel primario de atención es el componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilita la participación social y la acción intersectorial, y su fortalecimiento constituye el medio y fin para la operación de la Atención Primaria en Salud en el Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Para tal efecto, el Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos intersectoriales que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, tecnologías de la información y la comunicación, equipamiento e infraestructura social, vías de comunicación y medios de transporte, investigación social y clínica aplicada, entre otras.

Artículo 58. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario, se debe establecer teniendo en cuenta la capacidad y los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para responder a las necesidades de atención especializada de las personas, mediante la gestión clínica e integral basada en el conocimiento científico a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones.

El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario se debe brindar a todas las poblaciones, urbanas, rurales y dispersas de un territorio, complementándose con las modalidades de prestación de servicios extramural y telemedicina y el apoyo de telesalud.

La atención en salud del nivel complementario debe contemplar a la familia o sus cuidadores como sujeto de atención, y también como criterio de humanización en la continuidad del cuidado de la persona.

Artículo 59. Apoyo al interior de las redes. Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telemedicina y evitar su traslado innecesario o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas. Se establecerán por parte del Ministerio de salud y Protección social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de servicios de salud, con espacios de interlocución y participación que desarrollen acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de los pacientes.

Artículo 60. Ejes centrales del Modelo de atención. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la predicción basada en información constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar.

La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades y la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario.

La prevención es el conjunto de acciones, estrategias y medidas socio sanitarias, orientadas a disminuir oportunamente la aparición y desarrollo de una enfermedad o situación de desequilibrio en las personas y comunidades.

La predicción se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial, identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la operación del Modelo de Salud.

Artículo 61. Prestación de servicios especiales para enfermedades raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará y organizará la red de las instituciones o centros especializados en enfermedades raras, con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar y llevar a cabo programas de investigación genética que prevengan su incidencia para disminuir su prevalencia.

La prestación de servicios se hará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o utilizando la telemedicina u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio a las instituciones que prestan atención médica.

La Administradora de Recursos del Sistema de Salud-ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades."

Se adiciona un artículo nuevo para precisar el rol de los laboratorios de salud pública dentro del Modelo de atención, en especial, las funciones de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario y la gestión de la calidad e investigación. En el informe de ponencia se identifica el artículo con el número 62, el cual quedará así:

Artículo 62. Laboratorios de salud pública. Los laboratorios de salud pública son los encargados del desarrollo de acciones técnico administrativas, entre otras, el monitoreo del medio ambiente y animales de compañía, con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación, información fundamental para el desarrollo predictivo de políticas sanitarias.

CAPITULO VIII

FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 63. Definición. El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, para la garantía del derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población, entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre personas con alto y bajo ingreso.

Los recursos aportados para la salud son de naturaleza pública, imprescriptibles e inembargables y no podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por las disposiciones legales. Estos recursos estarán sometidos al control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control, en lo de su competencia, y también sometidos al control social.

Artículo 64. Cotizaciones y Aportes. Son recursos que aportan a la financiación del Sistema de Salud, las contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas y las empresas, según su condición socioeconómica, denominadas cotizaciones.

Igualmente financian el sistema de salud los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; y los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. Igualmente son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.

Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al Sistema de Salud, así como el 1,5 punto de las cotizaciones de los cotizantes de los regímenes exceptuados y especiales. Las cotizaciones constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal.

Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas, y los pensionados. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo determinada y administrada por la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.

Artículo 65. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones. La liquidación y pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud son obligatorias. El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorias al sistema de salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las obligaciones de pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud de las empresas, trabajadores, pensionados o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.

La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos e inexactos.

Artículo 66. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará “Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES”, y tiene por objeto garantizar el adecuado flujo y la administración y control de los recursos del Sistema de Salud, y ejercerá algunas actividades y funciones, de manera desconcentrada y administrará los Fondos Cuenta Regionales de Salud. Le corresponde a la Entidad

Administradora de los recursos del Sistema de Salud administrar, entre otros, los recursos que financien el Sistema de Salud, y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP) los cuales confluirán en la entidad.

La Administradora de Recursos del Sistema de Salud ADRES, será pagador único de manera gradual de acuerdo con las capacidades que adquiera, a cuyo efecto le corresponde reconocer, auditar y pagar las cuentas de las prestaciones de servicios de salud y demás obligaciones establecidas como responsabilidad del aseguramiento social en salud y administrar los sistemas de información que permiten hacer los pagos a prestadores y proveedores. Mientras desarrolla la capacidad de pagador, hará el giro directo total ordenado por las EPS o a las Gestoras de Salud, pero podrá hacer auditorías concurrentes directamente o a través de firmas de auditoría especializadas debidamente registradas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Los ingresos para la operación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación, definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, un porcentaje de hasta el dos por ciento (2%) de los recursos en administración con situación de fondos, y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad.

Parágrafo. Los ingresos provenientes de los recursos en administración con situación de fondos serán definidos anualmente por Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 67. Funciones de la entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en la presente ley

2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.

3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.

4. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.

5. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley a través de los fondos cuenta regionales.

6. Realizar el análisis de los recursos gestionados a través de los fondos cuenta regionales mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.

7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías que corresponda.

8. Administrar la información propia de sus operaciones.

9. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.

10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).

11. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.

12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.

13. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

14. Realizar las actividades necesarias para garantizar, en el nivel nacional y en el nivel desconcentrado, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos.

15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.

16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.

17. Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto.

Artículo 68. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes. La ADRES constituirá una cuenta bancaria para el recaudo de los aportes de cotizaciones en salud en todo el país,

incluidos los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001que se denominará "Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR)". Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de cotizantes, basado en el documento de identificación, según corresponda.

Artículo 69. Fondo Único Público de Salud. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de "Atención Primaria Integral en Salud", y de "Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria".

Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo. 70. Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud. La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.

Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social

Artículo 71. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos; los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado

por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, al funcionamiento de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de los departamentos y distritos, y al pago de los servicios de esta red de atención de urgencias y transporte medicalizado, y al pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.

Artículo 72. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Público Único de Salud, harán unidad de caja y deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.

2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

3. El financiamiento de los servicios especiales para enfermedades raras y su prevención.

4. El financiamiento de los programas de formación en salud.

5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.

6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la vigencia de la presente ley, se reconocen por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.

Artículo 73. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud-ADRES le corresponde administrar los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, los cuales se

integrarán en un Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, entre otros, los siguientes:

1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional.

2. Los recursos provenientes de las cotizaciones para el aseguramiento social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, ingresos de los pensionados e ingresos de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital.

3. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.

4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos por los obligados.

5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinado a financiar el sistema de salud.

6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.

7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a las entidades territoriales.

8. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES.

9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.

10. Los recursos propios de las entidades territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.

11. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro.

12. Los rendimientos financieros.

13. Los recursos de FONSAET

14. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.

Artículo 74. Destinación de los recursos administrados por la ADRES. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.

2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.

3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.

4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.

7. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.

8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta.

9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.

10. Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.

11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.

12. La formación del talento humano en salud.

13. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad de los cotizantes.

14. El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la ADRES debe girar o pagar.

Artículo 75. Fondos de Salud. Modifícase el artículo 57 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 57. FONDOS DE SALUD. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. Los Distritos contarán con un fondo de Atención Primaria Integral en Salud, con los recursos de Atención Primaria Integral en Salud, diferenciado del fondo para el desarrollo de la red pública hospitalaria y especializada.

En los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán contabilizarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial. Los recursos para pagar los servicios de salud con cargo al Sistema General de Participaciones, se contabilizarán sin situación de fondos y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

Los Fondos departamentales, distritales o municipales de Salud tendrán las subcuentas de salud pública y de otros gastos en salud, y las subcuentas análogas a las del Fondo Único Público de Salud previstos en la presente ley, según sean destinatarios de dichos recursos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo 1º. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud. El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Parágrafo 2º. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las autoridades territoriales y sus direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes

del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza territorial."

Artículo 76. Modificatorio del numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001. El numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001 quedará así:

"ARTÍCULO 47. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. El 87% para el componente de la atención primaria en salud a cargo de los municipios"

Artículo 77. Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad. Modificase el artículo 50 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

"ARTÍCULO 50. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud de servicios de mediana y alta complejidad deberán distribuirse a los fondos cuenta regionales, de acuerdo con las necesidades de cofinanciación para complementar los aportes per cápita necesarios para las intervenciones de mediana y alta complejidad en Salud de la totalidad de la población de la región.

Anualmente, la Nación establecerá el per cápita para el aseguramiento social en salud para los servicios de mediana y alta complejidad de los fondos cuenta regionales para la vigencia siguiente, lo cual deberá reflejarse en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto."

Artículo 78. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará adecuando al sector las Regiones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Artículo 79. Fondo Cuenta Regional de Salud. El Nivel Regional contará con un Fondo Cuenta donde se ubicarán presupuestalmente los recursos que se le asignen por parte de la Administradora de Recursos de Salud - ADRES del Fondo Único Público de Salud, sin situación de fondos, y formarán parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público de Salud.

Los recursos del Fondo Cuenta Regional de Salud se destinarán a la atención hospitalaria y ambulatoria de mediana y alta complejidad en la respectiva región y al pago de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

Para garantizar la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los ciudadanos entre las regiones, las cotizaciones obligatorias al Sistema de Salud financiarán un valor per cápita de la totalidad de los residentes en el país mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán, en la cuantía necesaria, con los recursos del Presupuesto General de la Nación con el fin de garantizar la plena cobertura del aseguramiento social en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el valor del per cápita para la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.

Artículo 80. Autorización de pago de servicios. La Administradora de Recursos para la Salud ADRES autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Gobierno Nacional para el Sistema de Salud.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país, y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación regional o en zonas dispersas.

En el Fondo Cuenta Regional de Salud se llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Sistema Único Público de Información en Salud.

Se organizará un sistema de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de

servicios en la región. Sus informes se gestionarán a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud.

De encontrarse irregularidades continuadas en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. En este evento, las Direcciones Territoriales de Salud deberán contratar una auditoría independiente integral, bajo los mismos parámetros establecidos para las auditorías integrales aleatorias a cargo de la ADRES.

Las auditorías podrán ser contratadas por la ADRES con firmas especializadas debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 81. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud ADRES que corresponda, según su forma desconcentrada de operación, el cual pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del 20% restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas.

Artículo 82. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.

Toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad; aquellas mujeres que no son aportantes económicas del Sistema de Salud tendrán derecho a un subsidio monetario equivalente a medio salario mínimo legal vigente durante los tres (3) meses siguientes al parto, siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales respectivos durante el embarazo.

Artículo 83. Cuentas y recursos administradas por la ADRES. La Entidad de Administración de Recursos de la Salud - ADRES, tiene las siguientes cuentas:

1. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)

2. Fortalecimiento Red Pública para la Equidad.

Además de las cuentas administradas por la ADRES, le corresponde administrar los siguientes recursos:

1. Los destinados al control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública

2. Los destinados a formación en Salud

3. Las prestaciones económicas de los cotizantes

4. Los de destinación específica que a la fecha de expedición de la presente ley venía administrando con destinación específica.

Artículo 84. Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES. Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son:

1. Cuenta Atención Primaria Integral en Salud

1.1. Fuentes

• Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos para salud con destino a los municipios y distritos. El criterio de distribución será exclusivamente poblacional.

• Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud.

• Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljuegos municipal, que actualmente financian el Régimen Subsidiado.

• Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones, de acuerdo con los criterios establecidos por las instituciones que aportan los recursos.

• Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria.

• Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud

1.2. Usos

Los recursos de la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud se ejecutarán por giro directo mensual de la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Se destinarán a:

• La financiación de los servicios de atención primaria, comprendiendo la atención básica en salud, la operación de los equipos extramurales de atención domiciliaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

• Los recursos de solidaridad serán presupuestados por el Ministerio de Salud con destino a los municipios y distritos para cofinanciar la Atención Primaria con criterio de equidad y serán girados por la Administradora de Recursos de Salud, ADRES, de acuerdo a la distribución específica que se decida, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud y los criterios establecidos en la presente ley.

• Soluciones de transporte para garantizar, sin barrera alguna, la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.

• El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.

2. Cuenta Fortalecimiento Red pública para la equidad.

2.1. Fuentes

• Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.

• Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los departamentos al fortalecimiento de la red pública. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta cuenta del Fondo, con base en la información que presenten las entidades territoriales

respectivas.

• Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel Departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos.

• Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios.

2.2. Usos

• Aportes presupuestales para funcionamiento de las Instituciones Sanitarias del Estado atendiendo criterios de garantía de la prestación de los servicios, dispersión poblacional, perfil epidemiológico, necesidades de compensación de recursos por baja facturación.

• Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria con el propósito de mejorar la oferta de servicios hacia las poblaciones con mayores barreras de acceso a los servicios.

• El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.

Parágrafo. Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo podrán ser reasignados en el transcurso de la vigencia fiscal, atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social, con el objeto de garantizar la eficiente asignación de los recursos, el servicio público esencial de salud y el derecho fundamental a la salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 85. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y determinará las condiciones para la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Artículo 86. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan Decenal de Equipamiento en Salud que se revisará cada cinco (5) años, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con recursos específicos para este propósito, administrados por la Administradora de los Recursos de Salud ADRES. Podrán diseñarse líneas de crédito con tasas compensadas u otros instrumentos de alivio de deuda para este propósito

Artículo 87. Fondos Territoriales de Salud. Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud, los cuales estarán constituidos por:

1. Transferencias del Fondo Único Público para la Salud.

2. Rentas de destinación específica para la salud de que trata la Ley 1393.

3. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) determinados por la Ley 715 que les corresponde.

4. Los recursos propios de los territorios para el financiamiento de la salud.

La gestión y el uso de los recursos de los Fondos Territoriales de Salud cumplirán con los estándares de prestación de los servicios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social

Artículo 88. Criterios de asignación para los Fondos Territoriales de Salud. Los criterios de asignación para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud serán los mismos del Sistema General de Participaciones (SGP): la equidad y la rentabilidad social. Una proporción de tales recursos se priorizará para aquellos que, respecto del promedio nacional, presenten peores indicadores en materia de:

1. Prevalencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública.

2. Morbimortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud.

3. Mortalidad materna e infantil.

4. Cobertura de saneamiento básico y agua potable.

5. Incidencia de emergencias y desastres.

6. Oferta de servicios de salud.

Artículo 89. Competencias de los Departamentos en Salud. Modifícase el artículo 43 de la Ley 715 de 2001 en el numeral 43.2.2., el cual quedará así:

"43.2.2. Financiar, con los recursos asignados por concepto del Sistema General de Participaciones y de rentas cedidas y de destinación específica para salud, así como con los recursos propios que asignen, el desarrollo de las instituciones de salud del Estado para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio."

Artículo 90. Competencias de los municipios. Modifícase el artículo 44 de la Ley 715 de 2001 en los numeral 44.2. y 44.2.1., los cuales quedarán así:

44.2. De Atención Primaria Integral en Salud.

44.2.1. Financiar la Atención Primaria Integral en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para mejorar los indicadores de salud."

Artículo 91. Fondo Departamental y Distrital de Salud. Los departamentos y distritos integrarán en el fondo departamental o distrital de salud los recursos que les asignen por diversas fuentes, las rentas cedidas, las contribuciones y transferencias provenientes de las primas del SOAT y los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar

en su territorio, que hayan destinado hasta la fecha anualmente al régimen subsidiado en salud para los mismos fines de financiación establecidos en el artículo 43.3.2. de la Ley 715.

Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad, , recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos fondos Departamentales y Distritales de Salud en proporción inversa a la baja facturación de servicios prestados por razones de dispersión poblacional.

Artículo 92. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ejercer las funciones que garanticen el cumplimiento de las competencias en salud atribuidas a la entidad territorial en la Ley 715 de 2001.

2. Recaudar los recursos constitutivos del Fondo de Salud Departamental o Distrital que les corresponda recaudar.

3. Gestionar los recursos de las cuentas del Fondo Departamental o Distrital de Salud conforme a las normas para su manejo.

4. Supervisar el desempeño de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Proponer al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cuatro (4) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud.

6. Organizar el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

7. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979.

8. Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Contribuir bajo los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con el funcionamiento de las redes Integrales e integradas de salud.

Artículo 93. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud. Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales de acuerdo con las características y necesidades del territorio.

Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.

Artículo 94. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud. Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.

En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.

La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.

Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.

Artículo 95. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado en los hospitales públicos serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

CAPÍTULO IX

SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO DE INFORMACIÓN EN SALUD

Artículo 96. Sistema de Información. Se estructurará el Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e

instancias, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Unificado de Información en Salud – SPUIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año.

Artículo 97. Características del Sistema Público Unificado de Información. El Sistema Público Unificado de Información en Salud (SPUIS) es transversal a todo el Sistema de Salud para garantizar acceso en línea, transparente, y en tiempo real a servicios informáticos para la realización de transacciones de salud y económicas por parte de cada actor del sistema de salud según sean sus responsabilidades, operativas o estratégicas, en el orden Nacional, territorial e Institucional. Además de garantizar el cumplimiento de las políticas de Datos abiertos que fortalezcan los procesos de participación y control social.

Los aspectos arquitectónicos de Sistemas de Información deberán corresponder a Unicidad, Integración, Tecnología de punta, Completitud de Servicios, Eficiencia, Alta disponibilidad, Seguridad y alta concurrencia, para lo cual deberá usar tecnologías de punta que garanticen el procesamiento en paralelo, almacenamiento de altos volúmenes de datos, seguridad del dato y de las transacciones, incorruptibilidad, accesibilidad, analítica de datos y modelos predictivos.

Artículo 98. Características generales. El Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIS tendrá como principios de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático a la realización de las actividades asistenciales, de promoción y prevención, junto con las referentes a los aspectos económicos y financieros, la gestión de la infraestructura de prestación de servicios incluyendo el registros de redes de servicios y de territorios de salud, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751. Se organizará como mínimo en dos niveles:

1. Nivel operativo: garantizará la operación y funcionamiento de los procesos productores y usuarios de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud, considerando la historia clínica electrónica única nacional en todos sus procesos, los registros de atención en salud, los registros financieros y económicos asociados. De igual manera los referentes a la gestión de las redes de servicios de salud y territorios de salud para garantizar el funcionamiento y la movilidad de la población en la red de servicios y entre los territorios de salud.

2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del Sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas.

Artículo 99. Identificación de medicamentos. Mediante un método electrónico de última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.

Artículo 100.Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la Atención en Salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SPUIS para aumentar capacidad resolutiva del nivel primario y de los programas de prevención secundaria.

Artículo 101. Desarrollo del Sistema Público Unificado de Información en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado de Información en Salud (SPUIS) y de garantizar su funcionamiento con calidad y fluidez, además de promoverlo para lograr el compromiso de todos los integrantes del Sistema de Salud en su responsabilidad frente al mismo. Para ello fortalecerá y adecuará la Oficina de Información y Tecnología de forma que sea capaz de responder a los retos de implementación, operación, mantenimiento y soporte del SPUIS. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIS en el área administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El SPUIS incorporará dentro de las funcionalidades o servicios informáticos de apoyo al modelo de atención las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías.

CAPÍTULO X

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

Artículo 102. Participación social en el Sistema de Salud. La participación en el Sistema de Salud se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos. La participación ciudadana es ejercida de manera autónoma por las personas, en cualquier instancia del sistema.

La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral. La participación en el Sistema de Salud se regirá por lo dispuesto en la Constitución

Política, la Ley 10 de 1990, Ley 134 de 1994, la Ley 850 de 2003, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1757 de 2015, la Ley 1751 de 2015, las demás normas que las modifique, adicionen o sustituyan, y lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 103. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

1. Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.

2. Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud. Las Instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud establecerán mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para garantizar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales.

3. Participación en las políticas públicas en salud. El Sistema de Salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad pública social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en las divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.

4. Consulta previa a las comunidades étnicas. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución Política y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y aseguramiento social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.

5. Participación en inspección, vigilancia y control. La ciudadanía que participe individualmente o representada en veedurías u organizaciones sociales podrá ejercer las veedurías en salud desde el ámbito micro territorial hasta el nacional en coordinación con los organismos de control del Sistema de Salud. Se conformará una red de control social y

concurrente en los términos que defina el reglamento, la cual se articulará a la Superintendencia Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 104. Comités de Ética en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas conformarán comités institucionales de ética, de carácter plural, constituidos por personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven, abogados, y especialistas en ética médica y bioética.

Les corresponde el análisis de los dilemas éticos que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas y ofrecer asesoría, orientación y apoyo a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo. Las instituciones que prestan servicios de baja complejidad en salud, que no dispongan del personal especializado de que trata el presente artículo, recibirán en forma subsidiaria el apoyo de instituciones de mayor nivel de complejidad de la red integral o de las direcciones seccionales de salud.

CAPITULO XI

INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 105. Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud con el objetivo de vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas que corresponda en el ámbito de su objeto y funciones para garantizar la protección del Derecho Fundamental a la Salud.

Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la red de control social contempladas en la presente Ley.

Artículo 106. Inspección, vigilancia y control. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007, sin embargo, el alcance de la función de inspección

consistirá en solicitar, confirmar y analizar de manera ocasional, y en detalle en los términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, auditorias, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.

Artículo 107. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales. Al Sistema podrán concurrir entidades del orden nacional o territorial que, en el marco de sus competencias, tengan relacionamiento con agentes del sector salud.

Artículo 108. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

1. Financiamiento y administración. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema de Salud.

2. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema de Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema de Salud; y promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

4. Acciones y medidas especiales. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del Sistema de Salud.

5. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

6. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del Sistema de Salud y sus formas de operación, y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Artículo 109. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas previstas en la Ley 2220 de 2022 o las que la modifiquen, sustituyan o adicionen.

Artículo 110. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud;

2. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud;

3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo;

4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud;

5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;

6. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;

7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud;

8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud.

Artículo 111. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:

1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, los Fondos Cuenta Regionales de Salud, Fondos de Salud de las entidades territoriales, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001;

2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios;

3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.

4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.

5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.

6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.

7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.

8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.

9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.

9. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.

10. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud.

11. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido por el principio de celeridad.

12. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.

13. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.

14. Velar porque los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutiva en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.

15. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley.

Parágrafo 1º. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

Parágrafo 2º. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.

Artículo 112. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva y oportuna prestación de los servicios relacionados con el derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los siguientes asuntos:

1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las instituciones prestadoras de salud, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.

2. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las instituciones prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema de Salud.

3. Los trámites de insolvencia y de liquidación judicial inmediata del Régimen de Insolvencia Empresarial previstos en la Ley 1116 de 2006 o la norma que la adiciona, modifique o sustistuya, para los sujetos vigilados.

4. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012.

Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

Parágrafo 2º. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que tratan los numerales 1 y 2 del presente artículo será el previsto en el Decreto Ley 2591 de 1991 o las normas que lo modifiquen adicionen o sustituyen.

Artículo 113. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:

1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;

2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;

3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros.

4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.

En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Artículo 114. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud. No obstante, las garantías de protección del derecho fundamental a la salud deben ser plenas en el Sistema de Salud y en el Sistema de Administración de Justicia.

A tal efecto, se tendrán como criterios:

1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud.

2. El fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del Sistema de Salud.

3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud.

4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información."

Artículo 115. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos. Si dentro del conocimiento de la queja o reclamo se evidencian actos que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en el marco de la función de control, ordenar las acciones necesarias para salvaguardar el derecho vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo.

Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud.

En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo. Las peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se tramitarán dentro de los términos previstos en la Ley 1437 de 2011. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.

Artículo 116. Nombramiento Del Superintendente Nacional De Salud. El Superintendente Nacional de Salud será nombrado por el Presidente de la República, previo concurso de méritos, coordinado y reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la realización de las pruebas será de parte del Departamento Administrativo de la Función Pública. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos de estudios y experiencia, así como las competencias requeridas para el ejercicio del empleo.

La persona que obtenga el mayor puntaje en el marco del concurso de méritos será posesionada por el presidente de la República como Superintendente Nacional de Salud, por un periodo institucional de cuatro (4) años.

Parágrafo. El procedimiento de selección y nombramiento del Superintendente Nacional de Salud de que trata el presente artículo regirá a partir del periodo presidencial del año 2026.

CAPÍTULO XII

POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

Artículo 117. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años, la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y de manera concertada con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. La Política de Ciencia y Tecnología en Salud definirá las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según las especificidades territoriales y los recursos disponibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública, provenientes del Fondo Único Público para la Salud los cuales serán transferidos al Fondo de Investigación en Salud (FIS). Estas fuentes serán complementadas con recursos territoriales, en especial, los que se asignen del Sistema General de Regalías.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social las prioridades de investigación a través del comité del FIS y rendirán un informe anual respecto de los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo, el cual será publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 118. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

La política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud tendrá en cuenta, criterios como:

1. La compra conjunta de medicamentos esenciales.

2. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente.

3. La protección de moléculas con patentes en los casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada.

4. La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales.

5. La regulación de precios de medicamentos y tecnologías.

6. La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.

7. Los mecanismos que favorezcan la competencia.

8. La investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales.

9. La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías.

10. Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud.

Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.

Artículo 119. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud-IETS mediante la creación de un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales con idoneidad debidamente demostrada en la materia, seleccionados de sendas ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud diferentes a medicina y enfermería; de Química o Química Farmacéutica; de Enfermería; de Medicina; y de Ingeniería Biomédica. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y su funcionamiento.

Artículo 120. Regulación de Precios de Medicamentos. Se regularán los precios de los medicamentos a lo largo de la cadena farmacéutica, para ello se incluirán los precios desde la salida del proveedor mayorista, el margen de distribución y comercialización hasta el usuario final, es decir, la definición de un precio máximo de venta al público (PMVP), respetando condiciones de competencia y mejor acceso a las tecnologías para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El gobierno nacional dispondrá de seis meses para reglamentar lo correspondiente, considerando medicamentos esenciales, de mayor rotación y uso dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, atendiendo a lo definido en relación con precios de referencia internacional, comparación de países OCDE y con sistemas de salud afines al colombiano.

El precio de referencia nacional (PRN) será utilizado solo como referencia, no para definir precios en el sistema a menos que haya desviaciones que obliguen a su implementación, según los criterios que determinará la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Artículo 121. Disponibilidad de los servicios farmacéuticos en las redes integrales e integradas de salud. Los servicios farmacéuticos que conformen las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS se considerarán servicios de salud, y estarán articulados a las citadas redes. Deberán garantizar la disponibilidad de las tecnologías necesarias para la atención en salud, de acuerdo con el perfil epidemiológico del territorio de salud en el que se encuentren.

Artículo 122. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud. Los establecimientos farmacéuticos que hagan parte de las redes de suministro de tecnologías en salud serán considerados agentes del sistema y deberán suministrar la información necesaria para hacer seguimiento y garantizar el abastecimiento oportuno de las tecnologías en salud.

CAPITULO XIII

POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD

Artículo 123. Política de Formación. En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud-THS, la Formación del THS en los diferentes niveles de educación, tendrá en cuenta los siguientes criterios:

1. Orientar las prioridades de formación del talento humano en salud según las necesidades de la población para el mejoramiento de su salud y calidad de vida; de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y del Sistema de Salud, con enfoque familiar y comunitario.

2. Brindar estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.

3. Establecer el mecanismo para el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.

4. Establecer los criterios para la relación docencia servicio y cupos para los escenarios de práctica formativa.

5. Las condiciones de calidad para la oferta de las acciones y la formulación de planes institucionales de formación continua.

6. Formación Continua del Talento Humano en Salud la que se comprenden los procesos y actividades permanentes de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).

Parágrafo. Para la formulación de la política de THS en lo relacionado con la formación, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Ciencia y Tecnología y los apoyos del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología.

Artículo 124. Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas. Los cupos para acceder a las especialidades médicas se otorgarán con una lista en orden de mérito, mediante un examen único nacional que organizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a fin de garantizar igualdad de acceso democrática a todos los profesionales de la salud que participen de las pruebas y apliquen a las diversas especialidades.

Artículo 125. Becas para formación de médicos. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el ECAES u otro instrumento que defina el Gobierno Nacional, seleccionará aquellos profesionales de la salud que acceden a residencias médicas, con beca del gobierno. Los cupos para becas no podrán ser inferiores a los ya existentes, por cada una de las especialidades médicas, y se incrementarán paulatinamente. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta, además del ECAES, la distribución regional, la participación por universidades y los cupos por especialidades médicas necesarias para el país.

Las Universidades y las instituciones universitarias prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas podrán admitir nuevos residentes por fuera del listado que emita el Gobierno Nacional, sin el beneficio de la beca.

Artículo 126. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos. Las instituciones hospitalarias de la red pública del país brindarán prelación a las universidades de carácter público para la asignación de cupos de acuerdo a las necesidades para sus prácticas formativas en áreas clínicas y comunitarias, en los programas de pregrado y postgrado del área de la salud, sin exigir contra prestación económica alguna.

CAPITULO XIV

RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Artículo 127. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud. El régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud se conformará de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

Igualmente, promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud y su reconocimiento en los procesos de promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales de salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente,

Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo y Predictivo con enfoque diferencial y territorial buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.

Así se deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, epidemias u otros. territorios, como desastres naturales, epidemias u otros.

Artículo 128. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán contratar a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Artículo 129. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes

2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991:

2.1. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas.

2.2. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.

2.3. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de reglamentaciones posteriores, el Gobierno Nacional en el término máximo de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará lo relativo a los apartados 132.2, 132.3. y 132.4.

Parágrafo 3. Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las

instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes."

Artículo 130. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como mixtas y privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.

Artículo 131. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación y la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.

Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización.

Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del talento humano del sistema de salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional desde una perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.

Parágrafo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud,

Artículo 132. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. Las instituciones de salud deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) que participarán en equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.

En el marco del Sistema Nacional de Residencias Médicas, de que trata la Ley 1917 de 2018, los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas

según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios suscrito entre la institución de salud y la institución de educación superior, en el marco de la relación docencia-servicio.

Para la vinculación de los médicos y médicas residentes, incluidos en los equipos de atención, las instituciones públicas deberán ser vinculados a término fijo como trabajadores de la salud, y se les reconocerá el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018. En todo caso, estarán bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.

Artículo 133. Recertificación voluntaria de los Trabajadores de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos para la recertificación voluntaria de los trabajadores de la salud del régimen privado, mixto y público que así lo deseen. A tal efecto, habrá una Junta de Recertificación Voluntaria, constituida por:

1. El ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien la presidirá y designará los funcionarios de la entidad que deben integrarla.

2. Dos representantes de las instituciones reconocidas como Hospitales Universitarios, en los términos del artículo 100 de la Ley 1438 de 2011.

3. Dos representantes de las Facultades de Salud de las Instituciones de Educación Superior.

4. Dos representantes de las agremiaciones del área de la salud.

5. Dos representantes de los trabajadores de la salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos de integración, las actividades específicas a cargo y su sistema de funcionamiento.

CAPITULO XV

AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN

Artículo 134. Autonomía profesional. La autonomía profesional se refiere a la discrecionalidad que tienen los profesionales de la salud (medicina, enfermería, odontología, nutrición y dietética, terapias y psicología) para el ejercicio de su profesión, teniendo en cuenta los estándares establecidos en la lex artis, las guías de práctica clínica y los códigos de ética correspondientes. Este principio aplica para el profesional que es empleado de una institución de salud, así como cuando está ejerciendo de manera libre e independiente su profesión. La autonomía profesional incluye la atención profesional en salud y la autorregulación y profesionalismo.

1. Atención profesional en salud. Es el conjunto de acciones y decisiones que realiza un profesional de la salud o un grupo de ellos en relación con un paciente, sus allegados y la institución de salud, si fuera el caso.

2. Autorregulación y profesionalismo. Cada profesión de la salud contará con escenarios y mecanismos para autorregularse y propenderá por la adopción y actualización permanente de estándares profesionales adecuados para su práctica o ejercicio.

Parágrafo 1. Son mecanismos y escenarios de autorregulación los códigos de ética, las asociaciones y colegios profesionales, y los comités de autorregulación médica.

Parágrafo 2. Las asociaciones y colegios profesionales deberán actualizar y promover los códigos de ética como instrumentos que guían el actuar de los profesionales buscando garantizar a la sociedad una buena práctica.

Parágrafo 3. Las instituciones universitarias deberán incluir en sus currículos estrategias y contenidos para la formación adecuada en autorregulación y profesionalismo.

Parágrafo 4. La atención profesional en salud se debe llevar a cabo con diligencia, responsabilidad, conocimiento y habilidad. Las decisiones y acciones de los profesionales de la salud deben justificarse adecuadamente de acuerdo con las necesidades del paciente, su entorno vital y laboral, los parámetros determinados por el sistema de salud y los estándares establecidos para el ejercicio de cada profesión.

Artículo 135. Acto médico. El acto médico es el proceso resultante de la relación entre el médico, el equipo de trabajo y su paciente. El médico actúa con ética, libertad, autonomía, responsabilidad, autorregulación y profesionalismo con el objeto de tratar y resolver los aspectos relacionados con la salud del paciente. Realiza su actividad bajo estos principios y se afianza en la evidencia y el conocimiento científicos.

Cuando el paciente, su representante, su familia o el médico tratante lo consideren necesario o pertinente, se podrá solicitar una Junta Médica con el objeto de discutir el caso de un paciente determinado. Los integrantes de dicha Junta serán médicos y/u otros profesionales de la salud con conocimiento y experiencia suficientes para aportar en la discusión y solución del problema. El médico tratante acordará con su paciente la convocatoria de la Junta Médica si la premura de la situación lo permite; en caso contrario actuará según el artículo 17 de la Ley 1751, bajo su propio criterio.

La Junta Médica asesora y orienta al médico tratante y su equipo. Cuando no se haya solicitado previamente para el mismo caso, los familiares del paciente o su representante podrán pedir una Junta Médica si consideran indispensable un concepto de segunda instancia.

El médico tratante debe dar al enfermo y a sus familiares y red de apoyo la información suficiente sobre el personal especializado disponible en caso de que necesite este tipo de atención, para que pueda participar con autonomía en la elección del especialista.

La frecuencia de las visitas la establece el médico tratante según su criterio y de acuerdo con su paciente, su representante legal o sus familiares autorizados.

Artículo 136. Autorregulación médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que forman parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud, deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de composición plural entre las disciplinas y las especialidades médicas, relacionadas con los servicios ofrecidos, cuya función será ejercer la autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones médicas, prevenir el error diagnóstico y evitar el uso indebido o injustificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.

Artículo 137. Comité de Autorregulación Médica. Las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas contarán con el Comité de Autorregulación Médica, que tendrá como función analizar las políticas acerca de la utilización racional y eficiente de procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías en salud. Se definirá la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la integración del Comité de Autorregulación Médica observando equilibrio entre el profesional, el paciente y las instancias jerárquicas de la dirección de la institución. En los casos que sea necesario, el Comité de Autorregulación Médica consultará con el Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud (IETS), conforme a lo estipulado en la Ley 1438 de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la composición y su operación. La Dirección Territorial de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Médica; a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él, así como a aquellas que restrinjan la remisión por parte de la Coordinación de la Red de Servicios y en caso de reincidencia se procederá a su retiro de la Red.

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, sancionable con destitución, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo. Los profesionales de la salud serán igualmente responsables de falta disciplinaria grave cuando reincidan en la omisión de las decisiones del Comité de Autorregulación Médica.

Artículo 138. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas entre médicos a partir de la atención médica serán dirimidos por las Juntas Médicas de las Instituciones de Salud, ya sean del Estado–ISE, privadas, mixtas o por las Juntas Médicas de la Red Integral de Instituciones Sanitarias Estatales, privadas y mixtas, utilizando criterios

de razonabilidad científica y ética, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 o la reglamentación que emane posteriormente a la aprobación de la presente ley.

Artículo 139. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas. Las discrepancias en diagnósticos o en alternativas terapéuticas serán dirimidas según lo establecido en la Ley 23 de 1981 o por las Juntas Médicas de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, las cuales serán de la institución sanitaria o de la red de salud y sus decisiones de basarán en la razón científica, la ética profesional, el estado del arte y la autorregulación.

Artículo 140. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión mediante instauración de la demanda respectiva por toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique faltas ético disciplinarias que se presenten durante la práctica profesional.

CAPITULO XVI

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y GESTORAS DE SALUD

Artículo 141. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica. Durante los dos años las EPS deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Colaborar en la organización de las Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por parte de la ADRES.

2. Se sujetarán al giro directo por parte de la ADRES a las instituciones de provisión de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, proveedores de tecnologías en salud o farmacéuticos y demás servicios requeridos para garantizar la prestación de servicios de salud a la población asignada

3. Se organizarán progresivamente por territorio según la planeación y evaluación en salud que realizarán los organismos competentes.

4. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organice y autorice el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Al cumplir los dos años, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI), en los tres meses siguientes, las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.

6. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán estar a paz y salvo con los acreedores en el marco de la normatividad que las rige.

7. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo a las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

Para la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS, contratados por las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS en Entidades Gestoras de Salud no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional. El tránsito de los afiliados a cargo de las EPS que se transforman, a las reglas del aseguramiento social en salud, será determinado por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice y contrate y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde.

Artículo 142. Funciones de las Gestoras de Salud. Las Gestoras de Salud serán entidades de naturaleza privada o mixta, podrán administrar la prestación de servicios de salud debidamente habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. Las gestoras serán asignadas a un territorio o territorios, según su capacidad debidamente habilitada, articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integradas e integrales de servicios de salud organizadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, no tendrán posición dominante ni integración vertical en el Sistema de Salud y asumirán el objeto y funciones a su cargo, mediante contratos de adscripción en los cuales se fijarán las

condiciones técnicas, operativas y financieras para la realización de sus funciones. Las Gestoras de Salud y Vida cumplirán las siguientes funciones:

1. Gestionar la prestación de los servicios de Salud de Mediana y Alta Complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS) realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Realizar la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud, CAPS, conforme a las reglas de coordinación de las Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud.

3. Desarrollar los Sistemas de información interoperables según el modelo de atención y gestión del nuevo sistema de Aseguramiento Social en Salud y articulados al Sistema Público Unificado de Información en Salud.

4. Realizar auditorías de cuentas médicas y de calidad en la prestación de servicios de salud a efectos de la autorización de los pagos respectivos.

5. Hacer la gestión para el pago de las prestaciones económicas.

6. Realizar rendición de cuentas públicas y transparentes a la comunidad y demás agentes del Sistema de Salud u organismos de control, según lo establezca el Ministerio de Salud y Protección Social o el marco legal o normativo correspondiente.

7. Evaluar los servicios al interior de los prestadores de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIISS) en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) respecto la población a su cargo.

8. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como EPS y donde tengan mayor desarrollo de su capacidad de operación.

Artículo 143. Requisitos aplicables a las Gestoras de Salud y Vida. Para el desempeño de las Gestoras de Salud se tendrán en cuenta los siguientes requisitos:

1. Ámbito territorial de autorización: los servicios de salud de mediana y alta complejidad serán organizados y prestados dentro de un territorio de salud a los que la Gestora se encuentra autorizada.

2. Capacidad técnico-administrativa: Exige el cumplimiento de los requisitos legales, administrativos, contables, logísticos y de talento humano, que soportan las actividades y los servicios que acreditan el cumplimiento de las funciones de gestoras de salud y vida.

3. Capacidad tecnológica: Es el conjunto de condiciones evidenciables de infraestructura, tecnologías y sistemas de información que permiten garantizar el cumplimiento de las funciones de interoperabilidad respecto del Sistema Público Unificado de Información en Salud.

4. Código de Conducta y Buen Gobierno: normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrollan las entidades para la gestión íntegra, eficiente y transparente de su dirección o gobierno. Está conformado por disposiciones de autorregulación voluntarias y algunas obligatorias establecidas por las entidades de control, las cuales deben ser difundidas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza al interior y exterior de la entidad.

5. Condiciones de autorización: conjunto de documentos, soportes y estudios de orden financiero, técnico-administrativo, tecnológico, que deben presentar las entidades interesadas en gestionar los servicios en el marco del aseguramiento social en salud como requisito para obtener o actualizar la autorización de funcionamiento.

6. Condiciones de habilitación: conjunto de estándares básicos que demuestran la capacidad técnico-administrativa y tecnológica para ejercer las funciones de gestión por parte de las Gestoras de Salud.

7. Condiciones de permanencia: conjunto de estándares que demuestran condiciones de capacidad técnico-administrativa, científica y tecnológica directamente relacionadas con la efectividad y seguridad para sus adscritos en la ejecución de sus funciones como gestoras y en la destinación de los recursos financieros del sector, cuyo incumplimiento debe dar origen a procesos de revocatoria de la autorización de funcionamiento.

8. Habilitación de una Gestora: cumplimiento permanente de las condiciones técnico-administrativas, científicas y tecnológicas de habilitación, que le permiten a la Gestora ejercer sus funciones.

El Gobierno Nacional establecerá los requisitos mínimos con base en los parámetros señalados en este artículo, para autorizar y habilitar las Entidades Gestoras de Salud, que serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual emitirá la autorización para su funcionamiento.

Todas las Entidades Gestoras de Salud serán legalmente constituidas, autorizadas y habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud. Solo podrán autorizarse como Entidades Gestoras de Salud las Entidades Promotoras de Salud EPS que a la fecha de vigencia de la presente Ley existan como Entidades Promotoras de Salud.

En la autorización de funcionamiento se determinará la existencia de una Gestora de Salud, mediante la asignación de un código para su identificación y la definición del territorio de salud de operación de la entidad.

Artículo 144. Inspección, vigilancia y control para las gestoras de salud y vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control de las funciones a cargo de las Entidades Gestoras de Salud, lo que incluye:

1. El acceso efectivo a servicios de salud de mediana y alta complejidad para la población a su cargo referida por los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS.

2. Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los estándares de proceso y resultado de aplicables a la prestación de los servicios en salud

3. La ordenación oportuna del pago en salud a los prestadores de servicios de salud, hasta que la Administradora de Recursos para la Salud ADRES asuma de pagador único.

4. Las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución y administración

5. Vigilar el uso eficiente de los recursos públicos que se les reconozca

Artículo 145. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud hasta el 5 % del valor contratado, por la administración de los servicios a su cargo, según el reglamento del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto.

Artículo 146. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.

CAPITULO XVII

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 147. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 148. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015.

El régimen de salud y seguridad social del magisterio continuará vigente, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989 cuyo régimen de salud será el previsto en dicha norma.

Artículo 149. Empresas de Medicina Prepagada y Seguros Privados. Las empresas privadas que tienen como objeto social la venta de planes prepagados o voluntarios de salud podrán seguir funcionando y comercializando sus servicios, bajo las reglas y normas de funcionamiento, financiación y prestación de servicios que los rigen. Los suscriptores de los planes y seguros no tendrán prelación alguna cuando utilicen el Sistema de Salud, al cual tienen derecho.

Artículo 150. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto a:

a) Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.

b) Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.

c) Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.

d) La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno Nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Artículo 151. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de las adecuación en materia de de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.

Artículo 152. Plan Nacional de salud Rural. En las zonas rurales, en particular en las regiones de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET, se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural que tendrá como pilar el fortalecimiento de la infraestructura y el mejoramiento de la calidad de la atención en la red pública de las zonas rurales. El gobierno nacional deberá formular de manera participativa con las organizaciones campesinas dicho plan y adoptarlo en un tiempo límite de 6 meses a partir de la sanción de la presente Ley, el cual se articulará con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, el enfoque de determinantes sociales y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.

CAPITULO XVIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS

Artículo 153. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. Los pacientes en estado crítico que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición. De igual forma se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

2. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan requisitos de permanencia y a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, que decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud en la medida en que entren en operación.

Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición de dos años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios,

liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud.

Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

b. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

4. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

5. La Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección social en la estructuración de las redes integradas e integrales.

Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo al plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social

6. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud.

7. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud.

8. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud- CAPS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen.

Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal, darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud.

Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos de Salud ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

9. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

10. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. - CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. - CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.

11. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.

12. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

13. El Gobierno Nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección social.

Artículo 154. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud.

Artículo 155. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley. Para la implementación de su nuevo régimen laboral, lo harán progresivamente dentro de los cuatro años siguientes a la expedición de la presente ley, previo los estudios correspondientes que determinen su implementación y las disposiciones reglamentarias que expida el Gobierno Nacional sobre la materia. En cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación.

El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el período para el cual fue nombrado, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales señaladas para el Director de Institución de Salud Estatal.

La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado mantendrán ininterrumpidamente la prestación de los servicios de salud a su cargo.

Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva, la transformación de las Empresas Sociales del Estado – ESE de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado - ISE. Para el efecto el gobierno nacional determinará las fases y períodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado- ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado, las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Cuando exista una infraestructura pública que esté siendo operada por terceros, se propenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.

Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la fecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado -ISE del respectivo nivel de Gobierno.

Artículo 155. Vigencia. La presente Ley rige a de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,

ALFREDO MONDRAGON G.
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

MARTHA ALFONSO JURADO
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

GERARDO YEPES CARO
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Ponente
Representante a la Cámara

GERMAN JOSÉ GÓMEZ LOPEZ
Ponente
Representante a la Cámara

CAMILO ESTEBAN AVILA M.
Ponente
Representante a la Cámara