

Bogotá D.C. 13 de abril de 2023

Honorable Representante:

AGMETH ESCAF TIJERINO

Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente
Cámara de Representantes

ASUNTO: Informe de ponencia positiva alternativa 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; 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)", 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".

Respetado presidente:

De acuerdo a la ratificación realizada el pasado 22 de marzo de 2023, por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, según lo dispuesto en la Constitución Política y en los artículos 150 y 153 la Ley 5a de 1992, estando dentro del término establecido para tal efecto, me permito rendir informe de ponencia positiva para Primer Debate al **Proyecto de Ley de la referencia No. 339 de 2023 Cámara**, acumulado con los **Proyectos de Ley No. 340 de 2023; 341 de 2023 Cámara y 344 de 2023 Cámara**.

Del Honorable Representante,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca
Coordinador Ponente

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE

Con el ánimo de proponer un texto de ponencia comprensible a los Honorables miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes que busque precisar los objetivos, alcance y la necesidad del proyecto, procedemos a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

1. Antecedentes y trámite legislativo
2. Objeto del proyecto
3. Consideraciones generales
 - 3.1 El sistema de salud en Colombia
 - 3.1.1 Indicadores trazadores de la situación del sistema de salud
 - 3.1.2 Reclamación de los ciudadanos por restricciones al acceso a los servicios y el derecho a la salud
 - 3.1.3 Situación del Aseguramiento
 - 3.1.4 Gestión del Riesgo en Salud
 - 3.1.5 Protección financiera y sostenibilidad fiscal
4. Costos estimados de una Reforma al Sistema de Salud
5. Fundamentos jurídicos
6. Contenido de los proyectos de ley acumulados
7. Consideraciones del ponente
 - 7.1 Modificaciones propuestas
8. Circunstancias o eventos que pueden generar posibles conflictos de intereses
9. Impacto fiscal
10. Proposición
11. Texto propuesto

1. ANTECEDENTES Y TRÁMITE LEGISLATIVO

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

En virtud de lo consagrado en la Ley 3ª de 1992 y considerando la temática que busca regular la iniciativa legislativa, el expediente fue remitido el día 17 de febrero del presente año a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, donde su Mesa Directiva, mediante oficio CSCP 3.7-089-2023 con fecha del 23 de febrero de 2022, realizó la designación como Coordinadores Ponentes a los Honorables Representantes Germán Rogelio Rozo Anís, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Gerardo Yepes Caro y Alfredo Mondragón Garzón, asimismo, designó como ponentes a los Honorables Representantes Germán Gómez López, Juan Carlos Vargas Soler, Betsy Judith

Pérez Arango, Camilo Esteban Ávila Morales, y Juan Felipe Corzo Álvarez, para que rindieran informe de ponencia para primer debate.

Al mismo tiempo, fue radicado 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"*, de iniciativa parlamentaria y de autoría de los Honorables Senadores Honorio Miguel Henríquez Pinedo, José Vicente Carreño Castro, María Fernanda Cabal Molina, Andrés Felipe Guerra Hoyos, Josué Alirio Barrera Rodríguez, Miguel Uribe Turbay, Carlos Meissel Vergara, Ciro Alejandro Ramírez Cortés, Yenny Esperanza Roza Zambrano, Paloma Susana Valencia Laserna, y por los Honorables Representantes Andrés Eduardo Forero Molina, Juan Fernando Espinal Ramírez, Cristián Munír Garcés Aljure, Yulieth Andrea Sánchez Carreño, Carlos Edward Osorio Aguilar, Oscar Darío Pérez Pineda, Eduard Alexis Triana Rincón, Jaime Uscátegui Pastrana, Yenica Sugei Acosta Infante, Juan Felipe Corzo Álvarez y Hernán Darío Cadavid Márquez, remitido el 17 de febrero de 2023 a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes por competencia.

Posteriormente, el día 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)"*, de autoría de los Honorables Congresistas Carlos Abraham Jiménez López y Andrés Eduardo Forero Molina.

En la misma fecha, se remitió 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"*, también de origen parlamentario radicado por los Honorables Congresistas H.S. Ciro Alejandro Ramírez Cortes H.R. Óscar Darío Pérez Pineda, H.R. Mauricio Parodi Díaz.

Por decisión de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes proferida mediante Resolución No. 006 del 22 de marzo de 2023, notificada en la misma fecha, se dispuso acumular 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"*, ratificando la designación como Coordinadores Ponentes a los Honorables Representantes Germán Rogelio Roza Anís, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Gerardo Yepes Caro y Alfredo Mondragón Garzón, y como ponentes a los Honorables Representantes Germán Gómez López, Juan Carlos Vargas Soler, Betsy Judith Pérez Arango, Camilo Esteban Ávila Morales, y Juan Felipe Corzo Álvarez, para que rindan informe de ponencia para primer debate.

En el marco del procedimiento legislativo adelantado, se llevaron a cabo distintas mesas técnicas de trabajo entre los Coordinadores Ponentes, Ponentes y el equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de analizar los componentes jurídicos y de conveniencia del de ley Proyecto de Ley No. 339 de 2023 y sus acumulados.

Sin embargo, debido a diferencias en algunos elementos esenciales de una propuesta mayoritaria radicada el pasado 31 de abril de la presente anualidad, y publicada en Gaceta No. 283 de 2023, nos apartamos de dicho texto y procedemos a presentar ponencia alternativa encontrándome dentro del término legal establecido.

2. OBJETO DEL PROYECTO

La presente Ley desarrolla los diferentes objetos con sus variables diferenciales propuestos en los proyectos de Ley No. 339 de 2023 Cámara, No. 340 de 2023 Cámara, No. 341 de 2023 Cámara y No. 344 de 2023 Cámara, cuyas líneas comunes están dirigidas a fortalecer el Sistema de Salud, garantizar el acceso efectivo de los usuarios a los servicios de salud fundamentado en un aseguramiento social en salud, fortalecer la gestión integral del riesgo en salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud así como los Determinantes Sociales de la Salud.

3. CONSIDERACIONES GENERALES

Para el presente escrito de ponencia se tuvieron en cuenta los distintos elementos teóricos y estadísticos consignados en la exposición de motivos de cada uno de los proyectos de ley acumulados, así como lo expuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del proyecto de Ley No. 339 de 2023 y aquellos elementos coincidentes consignados en la ponencia mayoritaria, que tienen mérito para mantenerse dentro del propósito que me asiste de apoyar los cambios necesarios en el sistema y que permiten una elaboración más coherente de las consideraciones de esta ponencia para lograr una reforma al sistema de salud como es el fin común.

3.1 El sistema de salud en Colombia

Después de la promulgación de la Constitución de 1991 en Colombia, se desarrolló un sistema de seguridad social en salud con el propósito de intervenir en la redistribución de la riqueza y cumplir con los principios de dignidad humana, igualdad, universalidad, eficiencia y solidaridad¹. Todo esto se enmarca en el concepto de Estado de Bienestar. Según el artículo 49 de la Constitución Política, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud, incluyendo el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Además, el Estado tiene la tarea de dirigir, coordinar y controlar dichos servicios.

- **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 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.

¹ Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia

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.

Colombia es un caso particular en la conformación de su sistema de protección social y, específicamente, el sistema de salud. Esto se debe a la construcción de un arreglo institucional en salud que, aunque complejo, ha sido innovador y ha permitido la incorporación de recursos tanto públicos como privados para atender las necesidades crecientes de la población con una visión de eficiencia y procurando la estabilidad sostenible de todo el sistema de salud.

3.1.1 Indicadores trazadores de la situación del sistema de salud

- **Cobertura y aseguramiento:**

Tanto el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como su modelo conceptual de Pluralismo Estructurado tenían como principales propósitos la superación de las profundas limitaciones que el precario sistema de salud anterior presentaba, por ejemplo, antes de la Ley 100 de 1993, tan solo el 33% de la población tenía algún tipo de aseguramiento —dado por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), las Cajas de Compensación Familiar y los seguros privados— y el 90% de los subsidios en salud terminaban destinados a los quintiles de mayores ingresos², entre otros.

Cobertura: La cobertura ha registrado una tendencia creciente a partir de 1995, pasando de 29,2% a casi una cobertura total. La cobertura del país se ubica por encima de países pares de la región

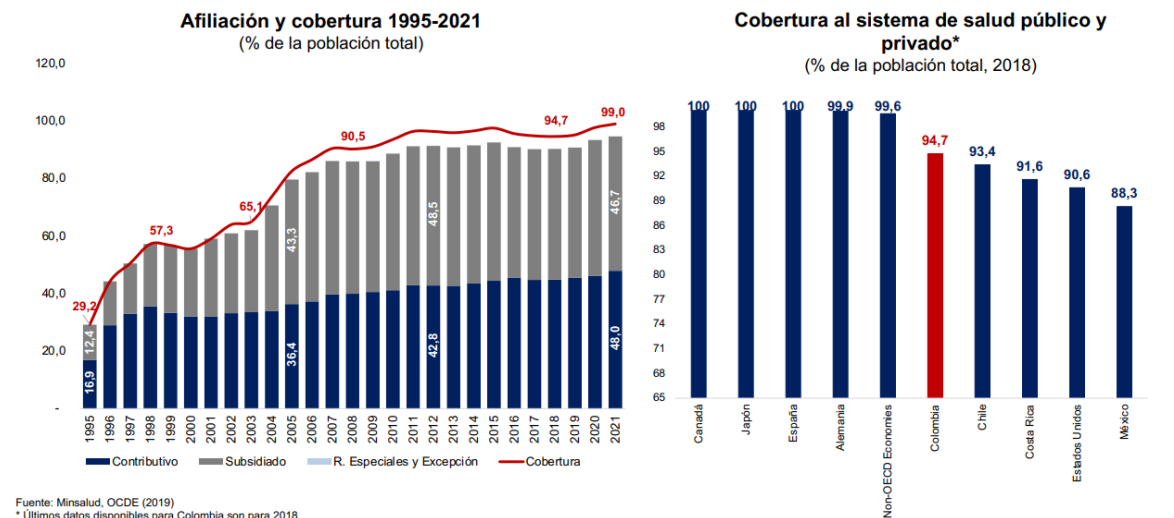


Gráfico 1. Cobertura del Sistema de Salud en Colombia
Fuente: Minsalud, OCDE (2019)

² Núñez, Jairo, et al. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano: Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. 2012.

● **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%.

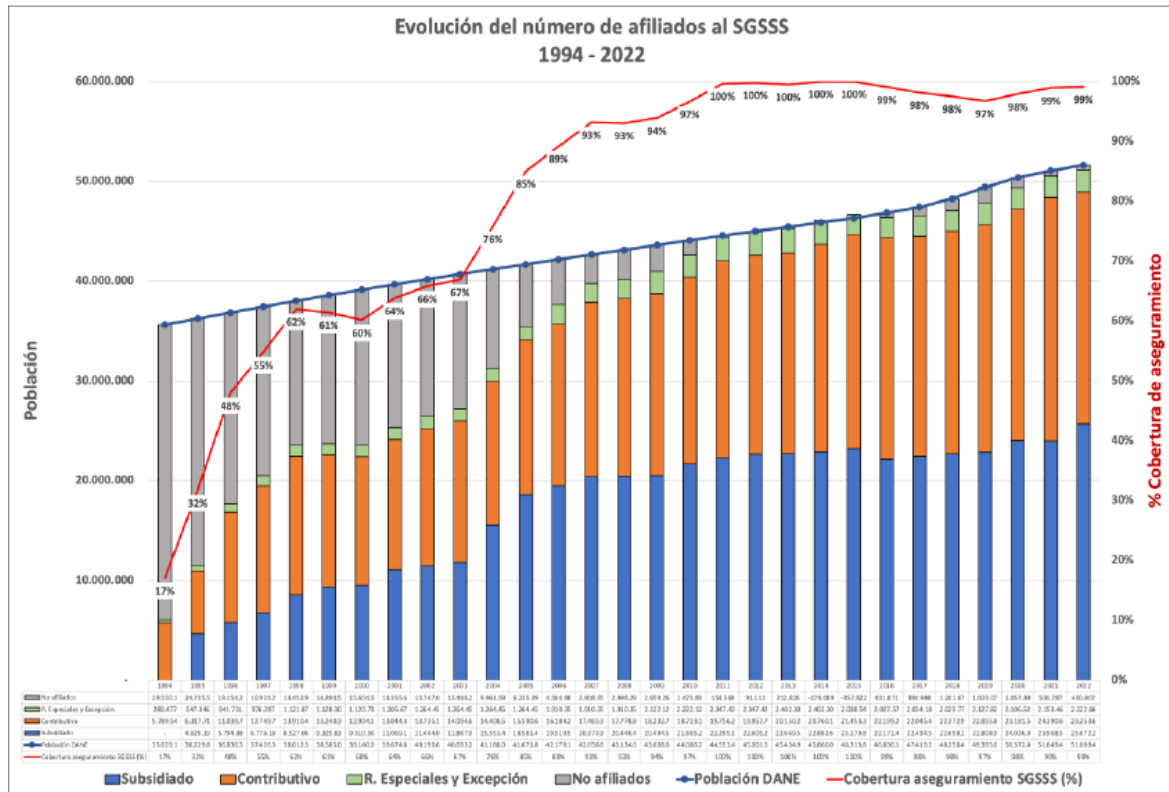


Gráfico 2. Evolución número de afiliados al SGSSS 1994-2022
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (1995 - 2022)³

En este sentido, el sistema de salud que resultó de la Ley 100 de 1993 ha cumplido con el objetivo de dar una cobertura universal a la población colombiana. Sin embargo, **a pesar del aumento en la cobertura y en la universalidad del acceso, siguen existiendo muchas desigualdades en materia de oferta, acceso, calidad y especialmente entre las zonas rurales y urbanas**.⁴

³ "Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia 1993 – 2016". Carlos Alberto Jaimes. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. 2009.

⁴<https://www.larepublica.co/economia/la-cobertura-tiene-tendencia-creciente-a-partir-de-1995-pasando-de-29-2-a-99-3464750>

Acceso: A pesar de la alta cobertura, hay niveles subóptimos en prestación de servicios de salud con desigualdades significativas en oferta y acceso entre las zonas urbanas y rurales del país

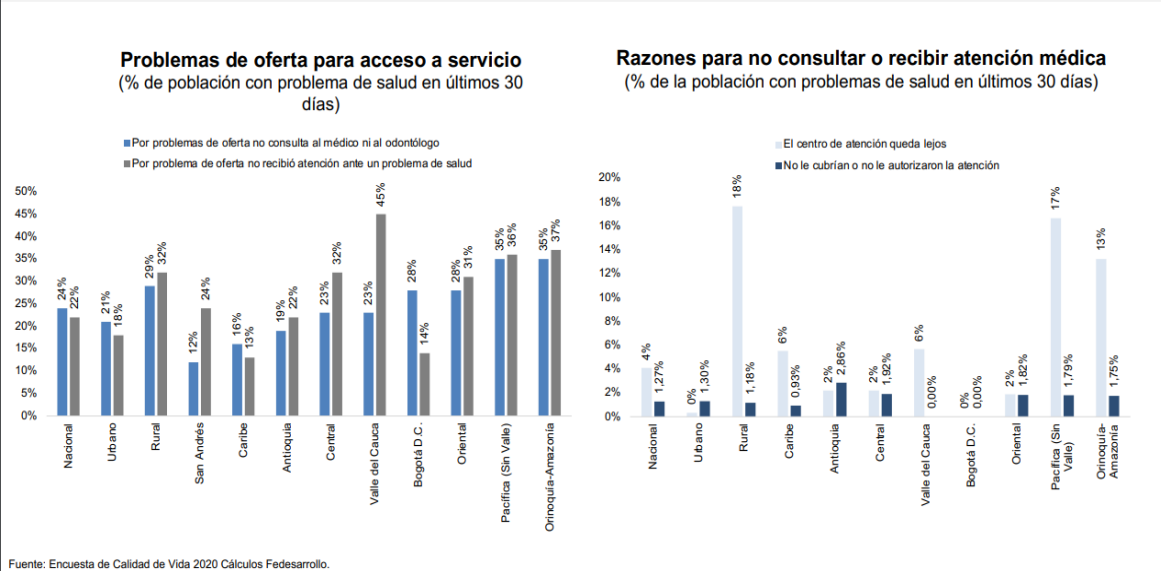


Gráfico 3. Desigualdades en el acceso a los servicios de salud en el país

De acuerdo con la encuesta de Calidad de Vida realizada por el DANE, han sido múltiples las razones por las que las personas no han recibido o solicitado atención médica en las ocasiones que lo han requerido. Muchas de ellas tienen que ver con factores de oferta, es decir, de quienes prestan los servicios, pero también con la demanda, que corresponde a aquellos relacionados con el usuario.

"Los resultados más recientes muestran que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites han impedido el acceso a los servicios médicos para 1 de cada 5 personas con problemas de salud", según el informe.

La Encuesta Pulso Social también liderada por el DANE, consideró que a las dificultades ya existentes se sumaron unas nuevas restricciones por cuenta de la pandemia, que impactaron en diferente proporción a los diversos estratos socioeconómicos.

El informe señaló que 30,3% de las personas no pobres y 36,1% de las personas pobres reportaron haber dejado de asistir a consultas médicas desde el inicio de la cuarentena. Además, se reportaron interrupciones en la asistencia a otros servicios. "En promedio 17% de las personas dejó de asistir a citas odontológicas, y 7 %, a tratamientos médicos. Si bien esta situación puede haberse mitigado parcialmente con el uso de teleconsultas, la interrupción puede configurar riesgos de salud en el mediano y largo plazo que deben ser monitoreados", indicó el informe.⁵

⁵ <https://www.larepublica.co/economia/uno-de-cada-cinco-pacientes-presenta-problemas-para-acceder-al-sistema-de-salud-3378835>

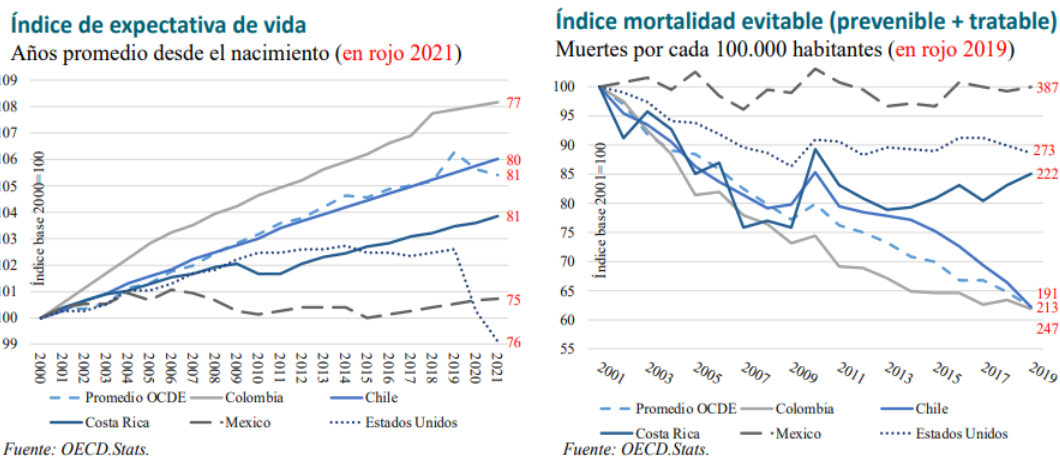
- **Mortalidad:**

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, dado que 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 1994.⁶

Sin embargo, las cifras aportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social muestran que entre los años 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 de Salud y Protección Social, el 46,6% de las muertes reportadas, entre 2005 a 2020, fueron muertes evitables, esto equivale a 1.598.441 personas. Sin embargo, desde el año 2001 hasta el 2019 ha habido un descenso en el índice de mortalidad evitable que llegó a un mínimo histórico de 247 muertes por cada 100.000 habitantes.



- En 21 años tiene mejor crecimiento en expectativa de vida (68 → 77 años, 6%) y la mortalidad evitable se ha reducido sustancialmente (389 → 247 m., -37%), con respecto al promedio OCDE, y algunos países – pares.

Gráfico 4. Índices de expectativa de vida y mortalidad evitable

⁶ Ponencia mayoritaria radicada para primer debate a los proyectos de ley 339 de 2023 y acumulados. Gaceta 283 de 2023

Fuente: OCDE STATS

- **Mortalidad materna:**

Colombia ha registrado un descenso constante y significativo de la mortalidad materna en las últimas décadas pasando de 100 a 50 por cada 100.000 nacimientos, entre los años 2000 y 2019 —periodo pre-pandémico—, lo que significa una reducción del 200%.

Otro evento que es necesario revisar y hace parte de la agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es la mortalidad infantil. Ésta presenta un descenso incluso más pronunciado que el de la mortalidad materna, pasando de 744 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en 1990 a 268 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en el año 2019, es decir, una reducción de casi 300% (ver figura 3, abajo).

De igual forma, la tasa de mortalidad neonatal muestra una reducción sostenida de 2005 a 2017, pasando de 9,9 por cada 1.000 nacidos vivos a 6,9 por cada 1.000 nacidos vivos, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social⁷.

Sin embargo, 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 el país no ha logrado cumplir las metas internacionales para evitar la mortalidad materna, siendo aún más gravosa en zonas dispersas o poblaciones vulnerables.

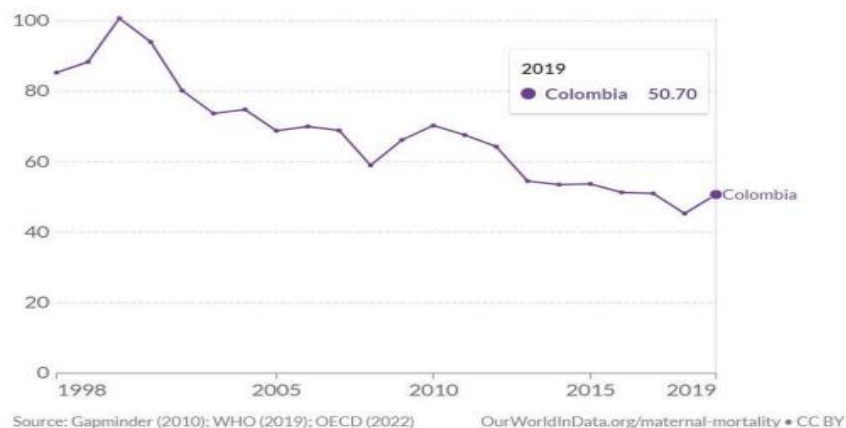


Gráfico 5. Mortalidad Materna entre 1998 y 2019 (Periodo pre Pandémico).
Fuente: Our World in Data

⁷ UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA, 2023. Consultar: https://www.eltiempo.com/uploads/files/2023/02/04/SISTEMA%20DE%20SALUD%20COLOMBIA-NO%20ARRASAR%20SINO%20FORTALECER_FEB_2023.pdf

Lo más gravoso, de la situación de mortalidad materna se enfoca 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. Asimismo, tanto 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.

- **Mortalidad Infantil:**

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. Asimismo, 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.

Igualmente, 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.

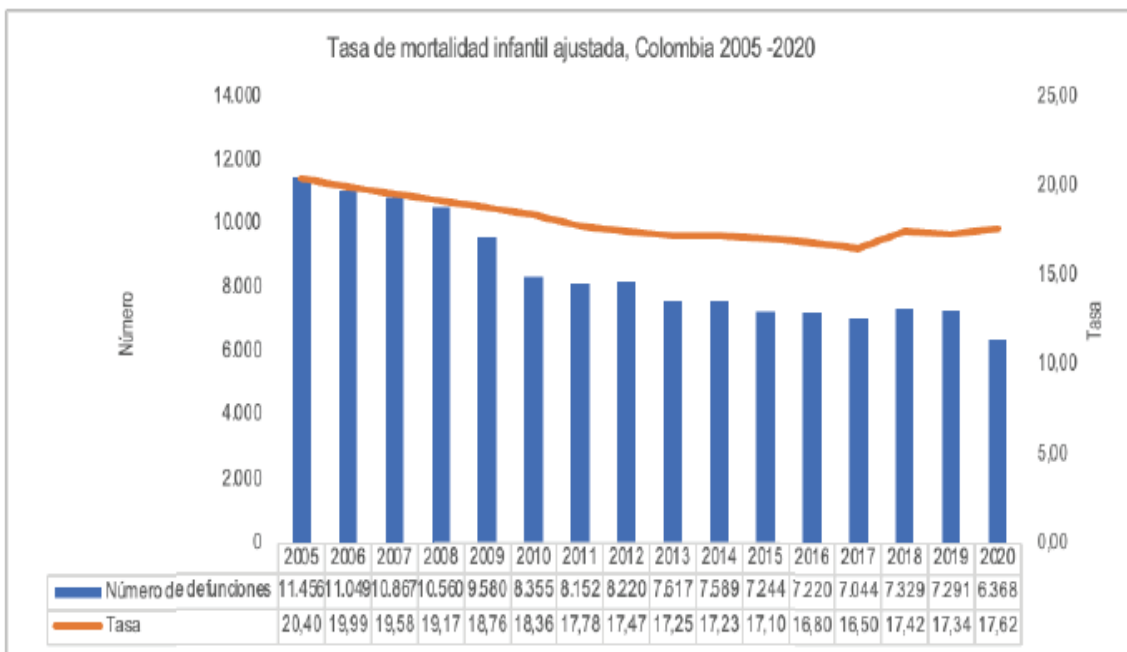


Gráfico 6. Número y tasa de mortalidad infantil 2005-2020
 Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.

- **Desnutrición infantil:**

En cuanto a la desnutrición infantil, fuertemente relacionada con los indicadores anteriores, la mejor medición se obtiene de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Esta muestra una franca reducción de la Prevalencia de desnutrición crónica. Colombia entre 2005 y 2015. Sin embargo, desafortunadamente, el país no cuenta con una nueva evaluación en el presente quinquenio.

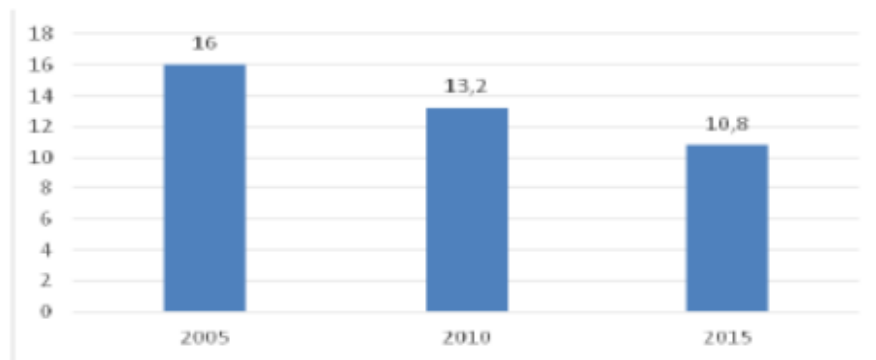


Gráfico 6. Tasa de Desnutrición Infantil Crónica en Colombia, entre 2005 - 2015.
 Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021
 Ministerio de Salud y Protección Social

- **Enfermedades infecciosas**

Ahora, pasando al espectro de las enfermedades infecciosas y, debido a nuestra geografía y condiciones climáticas, un evento que representa una gran carga de la enfermedad por su incidencia y prevalencia, sobre todo en comunidades vulnerables socio-económicamente, por ejemplo, aquellas acentuadas en el litoral Pacífico, es la Malaria. “En los últimos años el evento malarial ha mantenido una tendencia al descenso, pasando de 171.960 casos en el 2000 a 50.301 casos en el 2017 y en las primeras 48 semanas de 2018 se han notificado 54.545 casos, lo que demuestra una reducción cercana al 70% en el número de casos.” Además, es significativa la reducción de su tasa de mortalidad como se observa en el siguiente gráfico:

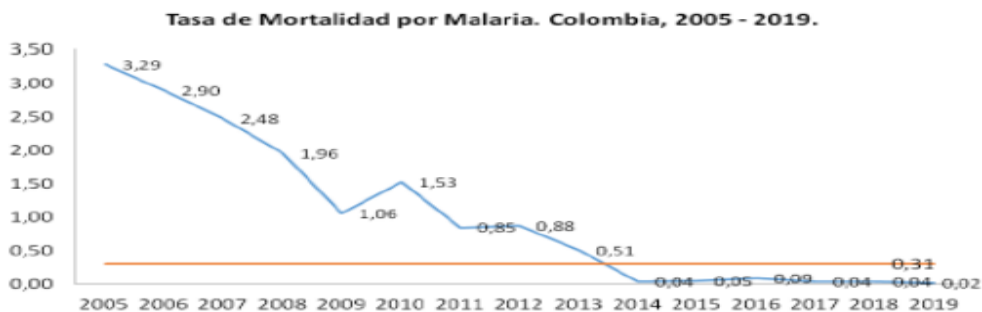


Gráfico 7. Tasa de mortalidad por Malaria
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021.
Ministerio de Salud y Protección Social

- Mortalidad enfermedades crónicas no transmisibles:**

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, entre las que se encuentra los diversos cánceres, diabetes, enfermedades respiratorias y problemas cardiovasculares, 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 2018⁸ 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 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

⁸ 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>.

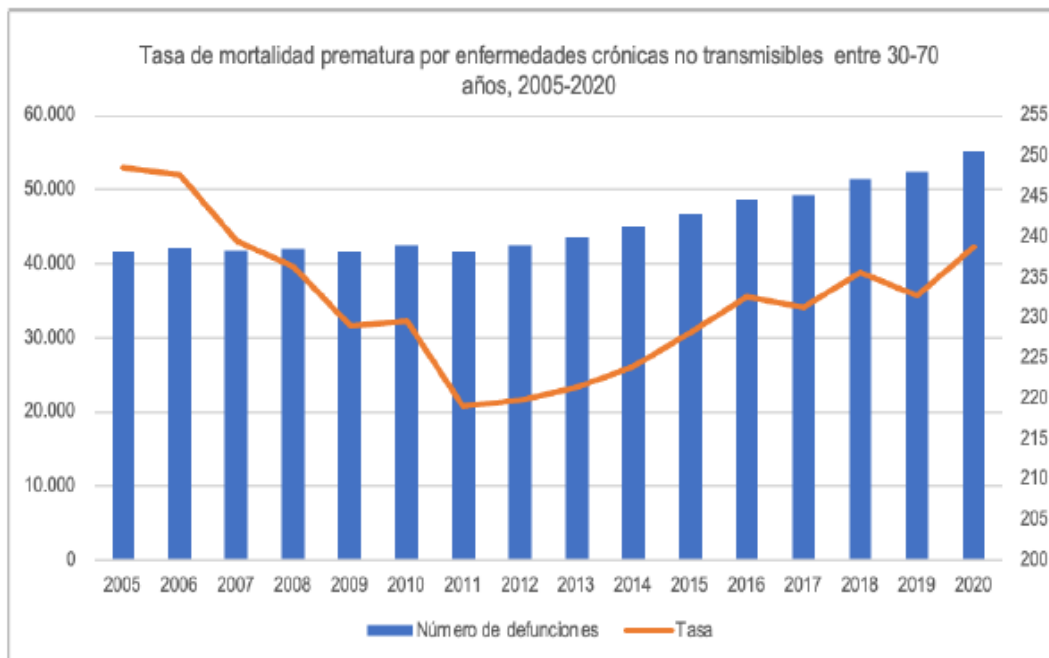


Gráfico 8. Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre 30-70 años de 2005-2021

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

- **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 9. 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 1. 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

3.1.2 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. Del año 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.

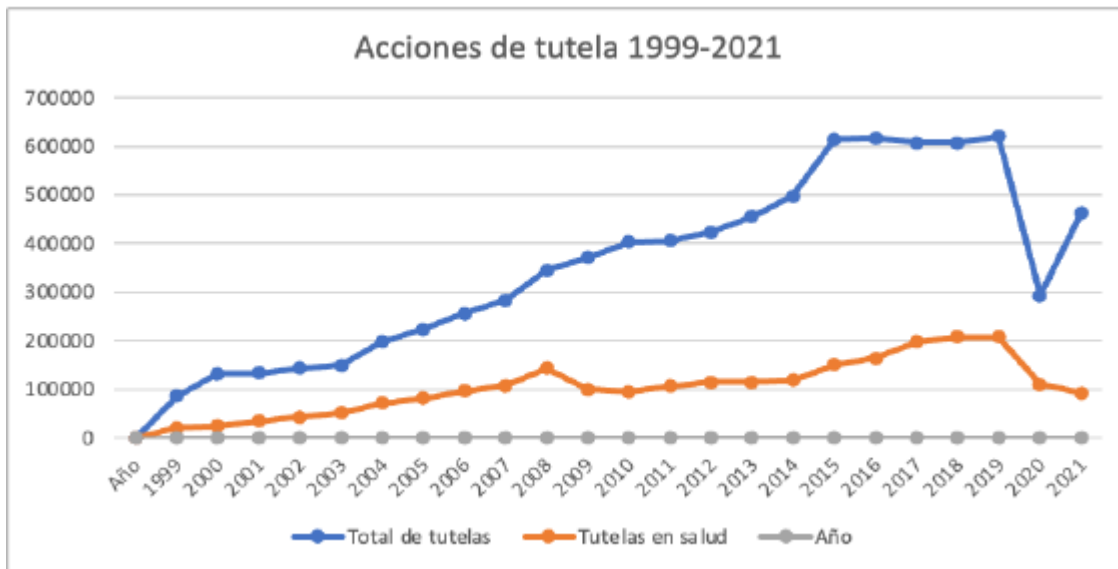


Gráfico 10. Número de acciones de tutela en salud vs general de 1999-2021
 Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional

- **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 7.43415 PQRD para el año 2009 y 996.733 en el año 2021, 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, servicios médicos como imagenología y laboratorio. De 2014-2021 han pasado de 230.225 a 996.733, 4,3 veces de diferencia.

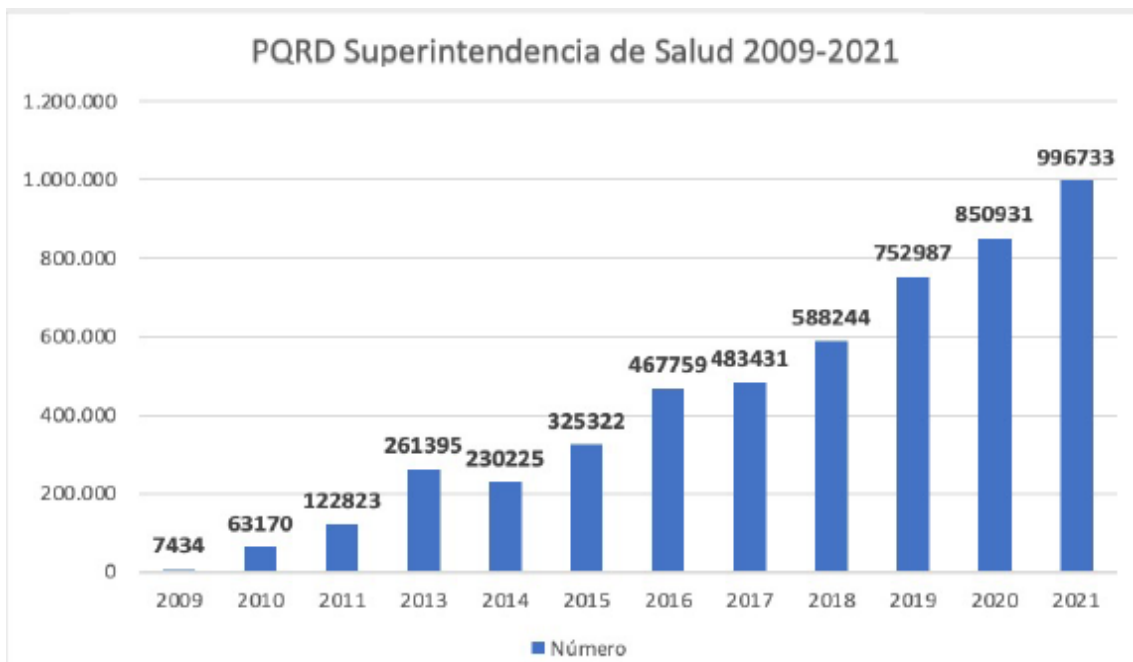


Gráfico 11. Número de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021

Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014 -2022 enero-agosto y respuesta de derecho de petición de 2014 a la Superintendencia de Salud.

Tabla 2. 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	391.673	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%

3.1.3 Situación del Aseguramiento

De acuerdo con algunos estudios especializados 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. 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 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.

3.1.4 Gestión del Riesgo en Salud

Aunque desde el punto de vista conceptual, la salud pública hace parte integral de la gestión del riesgo en salud, no obstante, para efectos de subdivisión de los indicadores que hacen parte de este análisis, esta sección contempla indicadores que están más directamente relacionados a la administración de dicho riesgo, a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y sus redes de prestación de servicios de salud.

Por otro lado, esta sección se enfoca en la gestión del componente de “salud” o “técnico” de la gestión del riesgo.

Ahora, resalta algunos indicadores trazadores, sin embargo, existe una variedad significativa de los mismos, por lo cual se realiza una breve reflexión al final de la misma.

Uno de los ejercicios de gestión del riesgo donde intervienen mayormente las EPS desde la prevención secundaria y terciaria y tratamiento, es la Enfermedad Renal Crónica. Su adecuada gestión requiere del seguimiento de cohortes, prestación de servicios y monitoreo estrecho de la condición clínica, calidad y estilo de vida de los pacientes. Su comportamiento en el país en los últimos años es el siguiente:

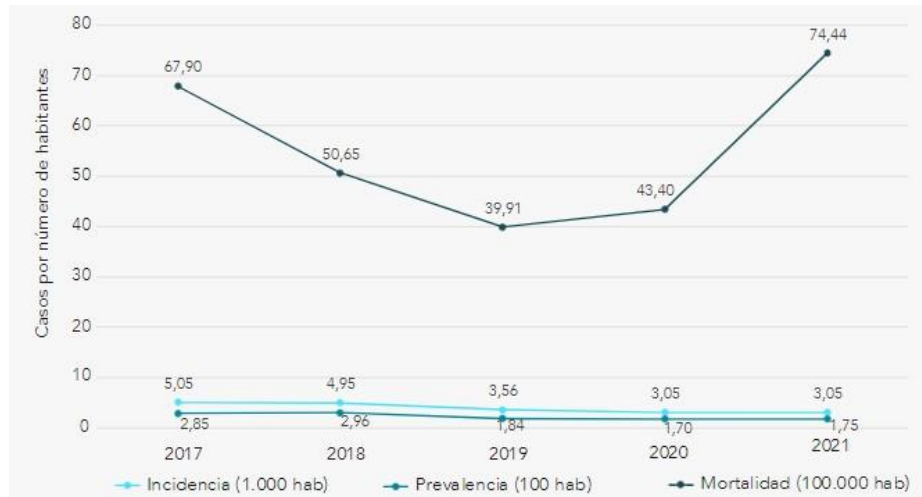


Gráfico 12. Incidencia, Prevalencia y Mortalidad de ERC en Colombia, 2017-2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo – “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

Como se observa en el gráfico 12, su mortalidad venía presentando una franca reducción con una pendiente muy pronunciada antes de la Pandemia por Covid-19, siendo innegable el impacto de esta última.

Un comportamiento más positivo se observa en el indicador de Oportunidad en el Tratamiento de Cáncer de Mama, la cual, a pesar de la mencionada Pandemia, mantiene cierta estabilidad en su decrecimiento, como se puede observar en el siguiente gráfico.

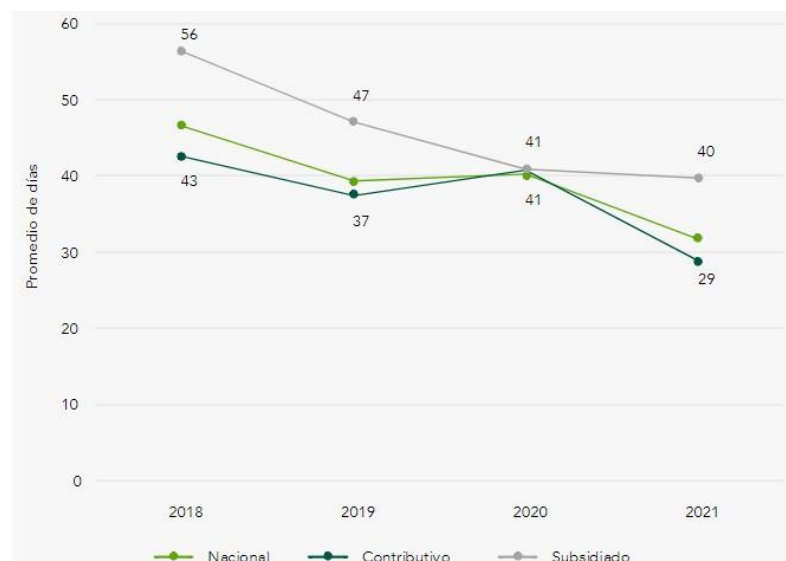


Gráfico 13. Oportunidad del tratamiento del cáncer de Mama en Colombia, 2018-2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo – “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

Es transparente mencionar que, a pesar de este indicador trazador, la Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama de la Mujer ha presentado un ascenso, igualmente sostenido, desde 2005.

De otra parte, el indicador de Mortalidad por Cáncer de Próstata entre 2005 y 2018, tampoco muestra un comportamiento positivo.

Otros dos indicadores que muestran un comportamiento positivo son los de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino y Estómago. Para el primero, se presenta una reducción de un punto porcentual entre 2005 y 2018 y para el de Estómago, el indicador pasa de una tasa de 14,3 muertes por 100.000 personas entre 30-70 años en 2005 a 13,0 muertes por 100.000 personas entre 30-70 años en 2018 (ver gráficos 14 y 15, abajo):

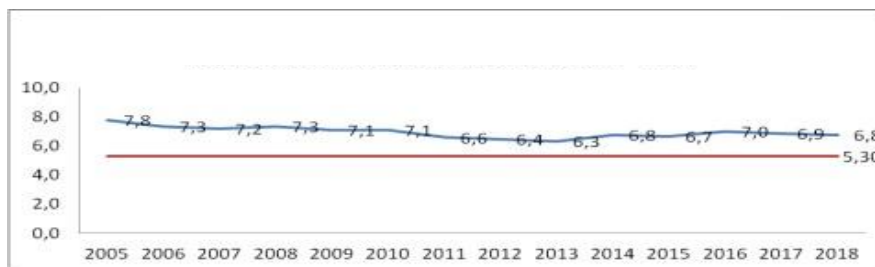


Gráfico 14. Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 mujeres entre 30-70 años). Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

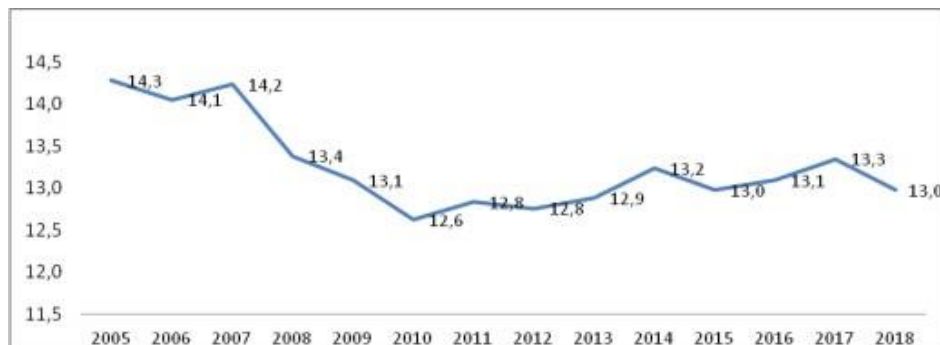
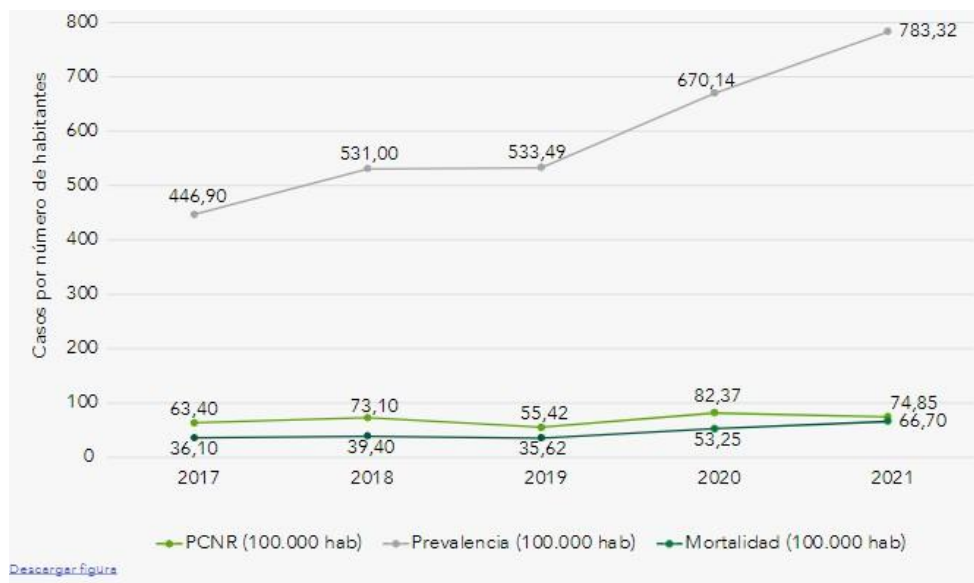


Gráfico 15. Tasa de mortalidad por Cáncer de Estómago en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 personas entre 30-70 años)

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Ahora, al observar el comportamiento agregado del cáncer (todos los tipos En el periodo 2021, “la prevalencia del cáncer invasivo tuvo un incremento estadísticamente significativo del 17% en comparación con el 2020. Consistente con lo anterior, la mortalidad registró una tendencia similar” [CAC, 2021]. El análisis en perspectiva de esto, permite inferir que el manejo de los pacientes por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha contribuido al movimiento de esta enfermedad hacia la cronicidad (aumento de la prevalencia), no obstante, se requieren aun esfuerzos mayores para impactar de mejor manera la mortalidad.



Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2021.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.

PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

Gráfico 16. Morbimortalidad del Cáncer en Colombia, 2017 - 2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo. “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

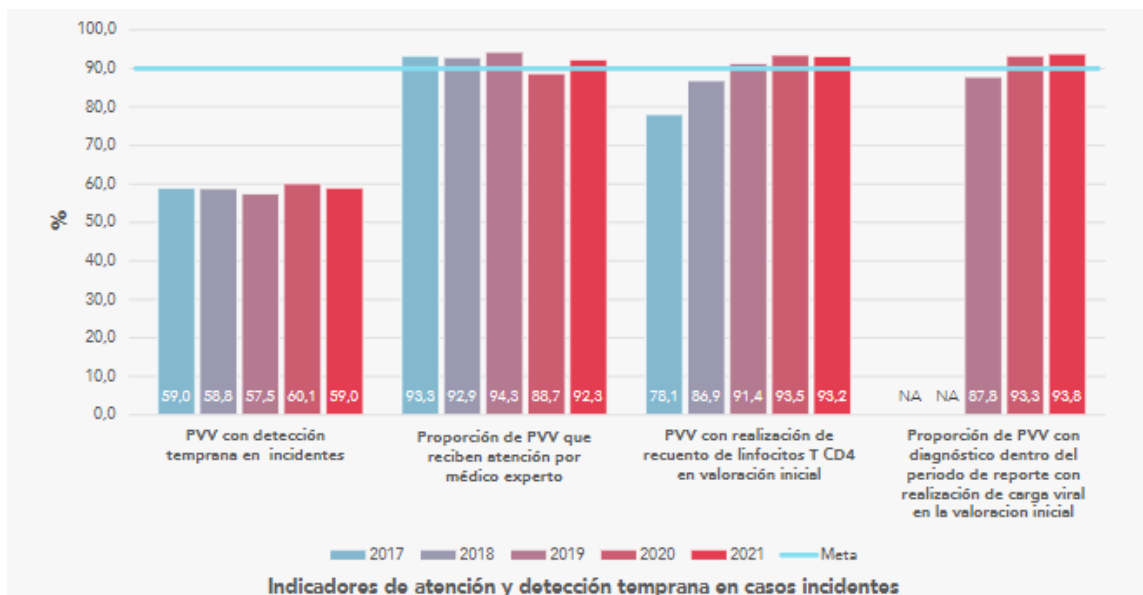
De otra parte, luego de haber analizado el bloque de cáncer, otro evento que reviste de importancia en la agenda de salud es el VIH-SIDA. De acuerdo a ONUSIDA, “40,1 millones [33,6 millones–48,6 millones] de personas han muerto de enfermedades relacionadas con VIH desde el comienzo de la epidemia”, más aún, “38,4 millones [33,9 millones–43,8 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo en 2021 y 1,5 millones [1,1 millones–2,0 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en 2021”⁹

De acuerdo con dicho contexto, la agenda mundial de lucha contra esta enfermedad incluye como una de sus metas a 2030 que el Porcentaje de personas que conocen su estado serológico y tienen acceso a tratamiento antirretrovírico sea del 95% [OMS, 2022]. De ahí la importancia de contar con una gestión integral del riesgo en salud, que conduzca a los pacientes a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud, por ejemplo, desde los

⁹ <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> Consultado el 02-02-2023.

médicos hasta la dispensación de medicamentos, pasando por los proveedores de exámenes de laboratorio, de forma coordinada y oportuna.

En Colombia, se han hechos enormes progresos en la gestión de los pacientes con VIH, por ejemplo, en el acceso a medicamentos de última generación y con protección financiera de un tratamiento que, por su costo, generaría empobrecimiento de no contarse con ella.



Indicadores de atención y detección temprana en casos incidentes
Gráfico 17. Atención y la detección temprana en los casos incidentes, Colombia 2017 – 2021
 Fuente: Cuenta de Alto Costo. “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA”
 2023, Partido Liberal Colombiano

Como se observa en el gráfico 17, Colombia se encuentra a poco más de 2 puntos porcentuales de alcanzar el componente de acceso a terapia antirretroviral de la meta al 2030 de la estrategia mundial de lucha contra el VIH arriba mencionada. Dicho lo anterior, existe aún un trabajo importante para la detección temprana, algo que no solo corresponde al sistema de salud, sino que requiere de un trabajo intersectorial con otras instituciones del sector y de otros sectores, por ejemplo, los centros de educación superior.

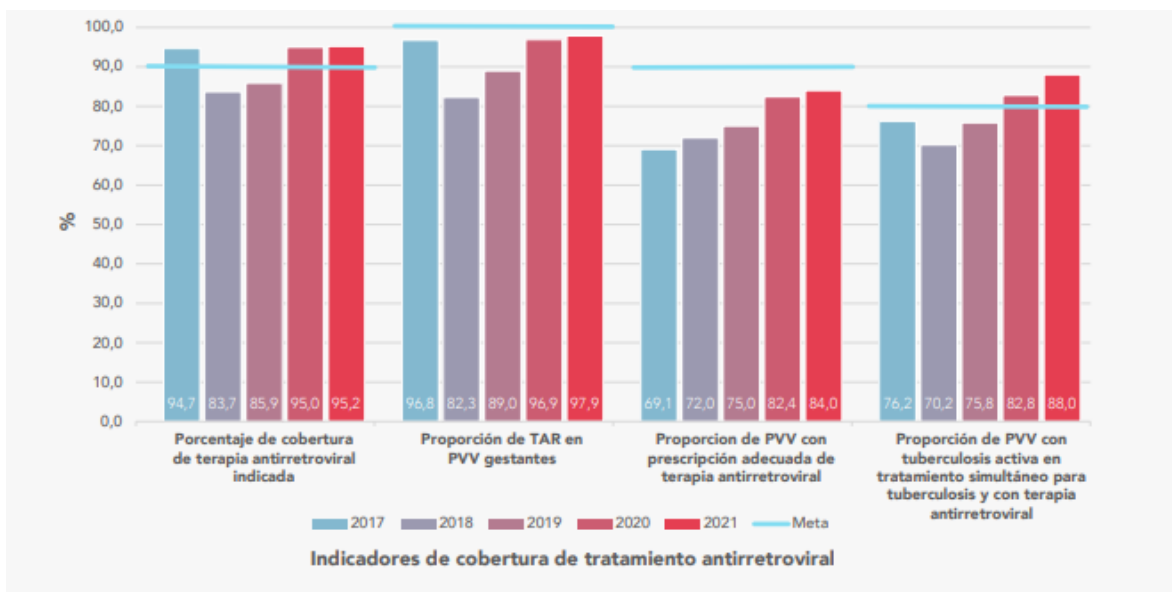


Gráfico 18. cobertura del tratamiento antirretroviral, Colombia 2017 – 2021

Fuente: Cuenta de Alto Costo. “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

Complementando la descripción de los indicadores anteriores, en el gráfico 16 se evidencia que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha conseguido un nivel de cobertura de terapia antirretroviral indicada del 95,5%, por encima de la meta mundial a 2030 y del 97,9% en las gestantes, muy cerca de la meta del 100%. Una capa de análisis oculta, denota un alto grado de equidad, pues estos niveles de cobertura no serían posibles si existiese un “descreme” de poblaciones vulnerables, u otras.

Por último, otro evento que requiere de la colaboración coordinada de distintas especialidades médicas, es la Hemofilia. En Colombia, su manejo ha venido mostrando la conformación creciente de programas multidisciplinarios que se concentran en la gestión integral del riesgo y complicaciones de los pacientes, como se observa en el siguiente gráfico:

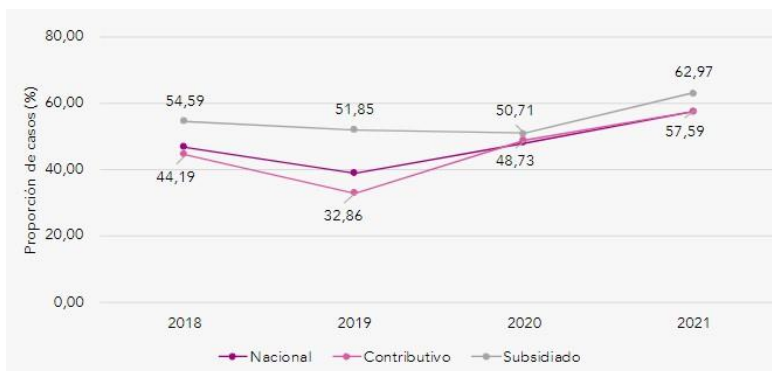


Gráfico 19. Proporción de personas con Hemofilia evaluadas por equipo interdisciplinario

Fuente: Cuenta de Alto Costo. “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

- **Conclusiones frente a la Gestión del Riesgo:**

El sistema de salud de Colombia muestra ejemplos interesantes y eficientes de la gestión del riesgo en salud de los pacientes, por ejemplo, en eventos como la Enfermedad Renal Crónica, en la cual, antes de la Pandemia se observaba una disminución muy pronunciada de la mortalidad o la Hemofilia. De igual forma, los resultados en acceso a terapias antirretrovirales indicadas de la población con VIH, por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), supera el 95%, consiguiendo anticipadamente la

Por su parte, la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer muestra resultados mixtos, con una mejora en la oportunidad para el inicio del tratamiento para cáncer de mama y de la tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino, no así en la mortalidad del primero y otros. De manera agregada, esta gestión para todos los tipos de cáncer muestra un movimiento hacia la cronicidad (aumento de la prevalencia), aunque no se observa una caída en la mortalidad según la expectativa que se tiene.

En definitiva, los resultados de algunos de estos indicadores trazadores evidencian que existen condiciones institucionales, regulatorias, técnicas y científicas para que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) realice una adecuada gestión del riesgo de los pacientes, mediante la coordinación de distintos actores y la eficiencia en el uso de los recursos; se debe, entonces, aprender de las experiencias positivas y masificarlas al grueso de los demás grupos de riesgo e intensificar los esfuerzos en los grupos, como el cáncer de mama, en donde no se ha logrado los objetivos propuestos.

3.1.5 Protección financiera y sostenibilidad fiscal

Sin duda, este es uno de los objetivos que el SGSSS ha alcanzado en menor tiempo y con mejor desempeño. Colombia es un país de ingresos medios-altos, que ha afrontado varias crisis económicas desde 1993, lo que ha afectado los recursos, tanto por impuestos generales y rentas, como por contribuciones de los afiliados al Régimen Contributivo, destinados a financiar el sistema de salud. Sin embargo, a pesar de ello, el gasto total en salud supera el 7,7 % del PIB según el Banco Mundial¹⁰, con una clara distribución con principio de equidad.

Ahora, debido a que el país presenta un PIB modesto, en comparación con otros países, y por tanto la proporción destinada al gasto en salud lo es igualmente, resulta muy relevante que la protección al gasto de bolsillo del Sistema General de Seguridad Social en Salud sea una de las más elevadas del mundo, bordeando el 85% del gasto total. Es decir, que la proporción del gasto total en salud que las personas deben financiar con sus recursos propios es de menos del 15%, como se observa en el siguiente gráfico.

¹⁰ El Banco Mundial. World Bank Data. 2022

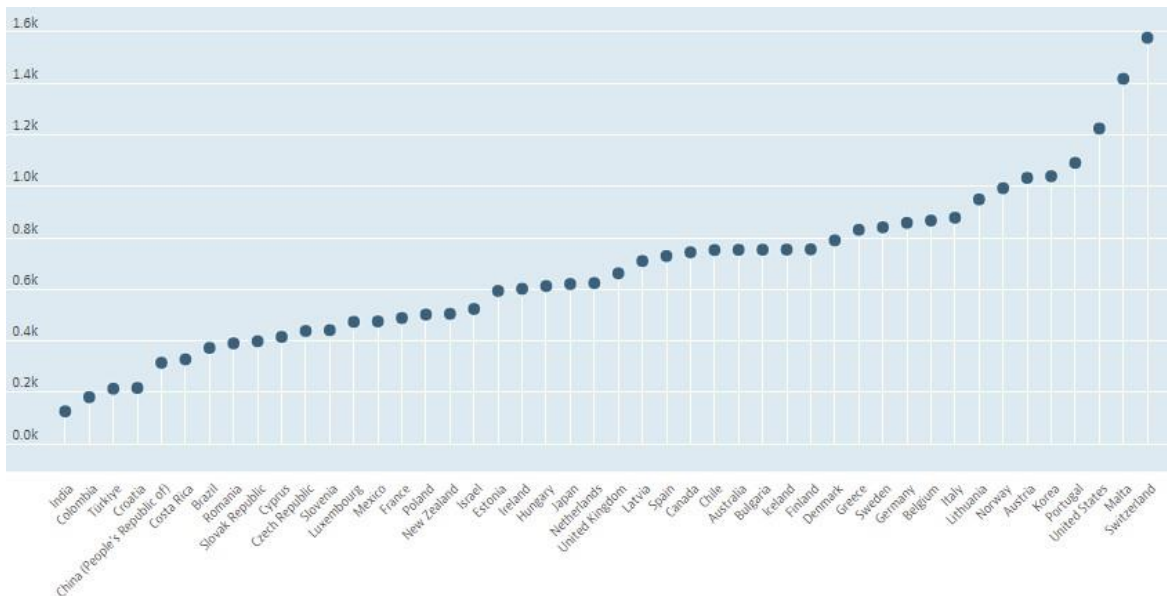


Gráfico 20. Gasto de bolsillo en salud comparativo por países.
 Fuente: OECD (2022), Health Spending Indicators. Doi: 10.1987/8643de7e-en

Esta protección financiera se apalanca en la existencia de una cobertura universal en salud —más del 98% de la población— y ha permitido, además, ser uno de los aportes más importantes para la generación de la equidad en el país, como lo expone la Organización para el Desarrollo Económico de los Países, “Colombia tiene una alta tasa de inequidad (con un coeficiente Gini de 53,5 en 2012, comparado con un promedio de la OCDE de 32,2), el acceso a servicios de salud es mucho más equitativo” [OECD, 2015].

En este último sentido, existe evidencia indexada que resalta muy especialmente la equidad dentro del sistema de salud, por ejemplo, Camacho & Flórez observan que es “evidente el avance en nivel de incidencia, pero espacialmente marcado es el descenso en las inequidades durante las dos décadas. Por región, prácticamente se eliminaron las inequidades” [Camacho & Flórez, 2012], tal y como lo visualiza inmediatamente:

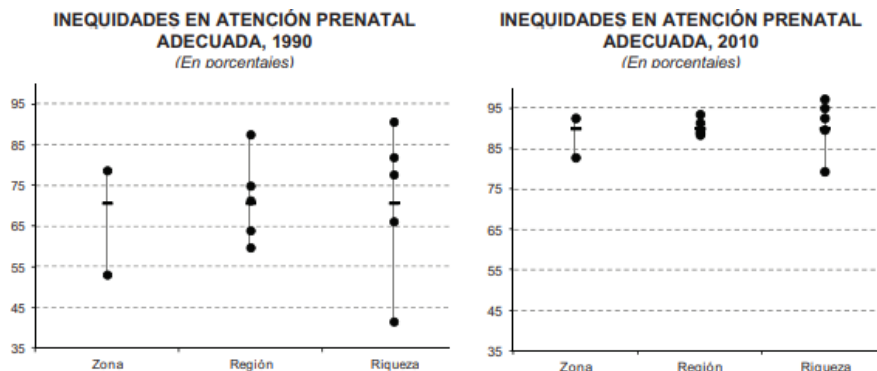


Gráfico 21. Reducción de inequidades en atención prenatal adecuada entre 1990 y 2020 en el SGSSS.
 Fuente: Tomado de Camacho, A., & Flórez Nieto, C. E. Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010. 2012

4. COSTOS ESTIMADOS DE UNA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD

Según El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el costo total de una reforma a la salud ascendería a \$9 billones de pesos durante su primer año de implementación (2024) que incluye los costos de la atención primaria, fortalecimiento de la red pública, infraestructura, saneamiento de hospitales, becas y sistemas de información.¹¹

Para la Atención Primaria en Salud se necesitaría en 2024, \$1.9 billones, en 2025 la cifra ascendería a \$3.7 billones. Al siguiente año se destinarían \$6,3 billones, y en 2027 la cifra sería de \$7 billones. Para el saneamiento de los hospitales, la reforma requiere de \$1.2 billones durante tres años, (desde 2024 hasta 2026).

De acuerdo con los cálculos del Gobierno Nacional, con una reforma, el total de gastos del sistema de salud ascendería hasta los \$113 billones en la próxima década.¹² Dicho valor, si se compara con otras políticas gubernamentales, equivaldría a seis reformas tributarias (aproximadamente) como la del 2022.

Solo los gastos directos de la reforma en el primer año, en los que se suman el fortalecimiento de la Red Pública, infraestructura, becas y sistemas de información, costarían \$5.4 billones. Ahora, al sumarle otros gastos como la capitalización de la Nueva EPS, la cifra asciende a \$9.4 billones, que es el costo final de la reforma a la salud para el primer año. Para el segundo año, la reforma costará, \$9.3 billones, en 2026 el costo será de \$12.3 billones y en 2027 será de \$11.2 billones.¹³

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en Salud	1.915	3.772	6.342	7.011	7.096	7.276	6.685	6.689	6.607	7.572
Fortalecimiento Red Pública	756	1.519	2.059	2.615	3.184	3.245	3.306	3.369	3.434	3.499
Infraestructura - CAPIRS	1.500	1.517	1.533	1.550	1.567	1.584	1.602	1.619	1.637	1.655
Becas y sistema de información	121	148	182	73	73	73	73	73	73	73
Saneamiento de hospitales	1.200	1.200	1.200	-	-	-	-	-	-	-
Gastos directos de la reforma	5.493	8.156	11.315	11.249	11.920	12.178	11.666	11.751	11.750	12.799
Infraestructura y equipamiento	1.147	1.204	1.000	0	0	0	0	0	0	0
Capitalización Nueva EPS	2.400	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastos Contingentes	3.547	1.204	1.000	0	0	0	0	0	0	0
Total Gastos	9.040	9.360	12.315	11.249	11.920	12.178	11.666	11.751	11.750	12.799

Gráfico 22. Fuentes del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) y usos en escenarios sin reforma (miles de millones de pesos).

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

¹¹ <https://www.elespectador.com/salud/estos-son-los-costos-de-la-reforma-a-la-salud-segun-el-ministerio-de-hacienda-noticias-hoy/>

¹² <https://consultorsalud.com/minhacienda-costo-reforma-a-la-salud/>

¹³ <https://www.larepublica.co/economia/costos-de-reforma-a-la-salud-suman-114-billones-a-2033-y-dividen-al-gabinete-de-petro-3555757#:~:text=Seg%C3%BAn%20lo%20que%20plantea%20el,2027%20a%20%2428%2C9%20billones.>

Fuentes	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones + REX + adic.	30.782	31.886	33.039	34.096	35.187	36.313	37.475	38.675	39.912	41.189
SGP	16.583	19.282	22.820	24.140	24.813	25.633	26.277	26.844	27.677	28.546
Aporte Nación	32.827	34.003	35.233	36.361	37.524	38.725	39.964	41.243	42.563	43.925
Otras fuentes	7.716	7.901	8.094	8.278	8.469	8.663	8.865	9.072	9.284	9.501
Total (1)	87.907	93.072	99.186	102.876	105.994	109.335	112.581	115.834	119.436	123.162
Gastos sin Reforma (2)	86.253	89.597	93.186	96.226	99.273	102.435	105.670	108.997	112.462	116.039
Disponibles para Reforma (1 - 2)	1.654	3.475	6.000	6.650	6.720	6.901	6.911	6.837	6.974	7.123

Gráfico 23. Fuentes del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) y usos en escenarios sin reforma (miles de millones de pesos).

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

La reforma a la salud se financiará tomando como punto de partida los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en 2023. Adicionalmente el gobierno nacional constituye un esfuerzo orientado a fortalecer la atención primaria y el fortalecimiento de la red hospitalaria pública.¹⁴ De esta forma, la proyección de las principales fuentes de financiación para el periodo 2024-2033 se realizó como se describe a continuación.

El proyecto de ley radicado por el Gobierno Nacional, define una asignación de las fuentes de financiación a las subcuentas propuestas así:

a) Atención Primaria Integral en Salud: este componente se financiará principalmente con recursos de los municipios y distritos, es decir los recursos que les correspondan del SGP y sus recursos propios; también incluirá fondos de solidaridad del sistema y el PGN complementará esta cuenta, de manera que la atención primaria incremente su participación en total de los recursos de salud.

b) Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados -SAHE: Esta es la cuenta con mayor participación porcentual, incluye las cotizaciones SGSSS, el recaudo de Regímenes Especiales y de Excepción -REE, otros ingresos de capital, prima FONSAT, contribución sobre la prima SOAT, Impuesto a las armas, municiones y explosivos, aportes de las Cajas de Compensación (CCF) y una fracción de los recursos del PGN.

c) Fortalecimiento Red pública para la equidad: esta cuenta paulatinamente devuelve a los departamentos las rentas cedidas que serán destinadas al fortalecimiento de la red hospitalaria pública de mediana y alta complejidad. Se complementan con recursos del PGN para garantizar el funcionamiento de aquellos hospitales que por la atención de poblaciones dispersas no pueden lograr por venta de servicios su financiamiento.

d) Otros Recursos de la SGSSS: reúne los recursos orientados al Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública -CEISP y la Formación en Salud que actualmente cubre los pagos a residentes médicos.

¹⁴ Proyecto de Ley de Reforma a la Salud No. 339 de 2023

Las siguientes gráficas muestran el comportamiento de los recursos del SGSSS en la distribución de las principales cuentas propuestas por la reforma.

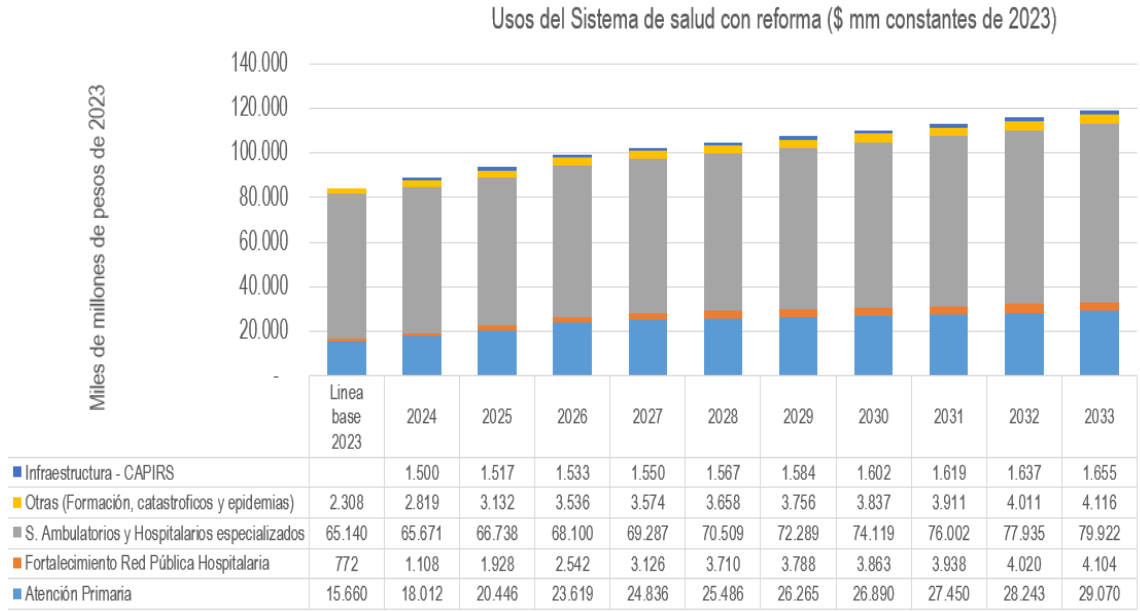


Gráfico 24. Usos de los recursos financieros del Sistema de Salud con Reforma
Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

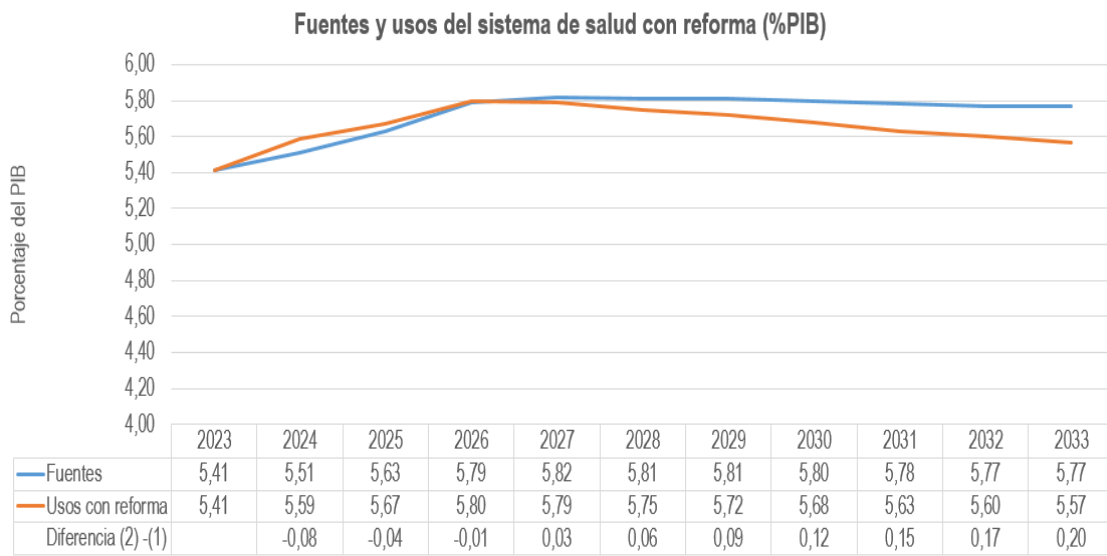
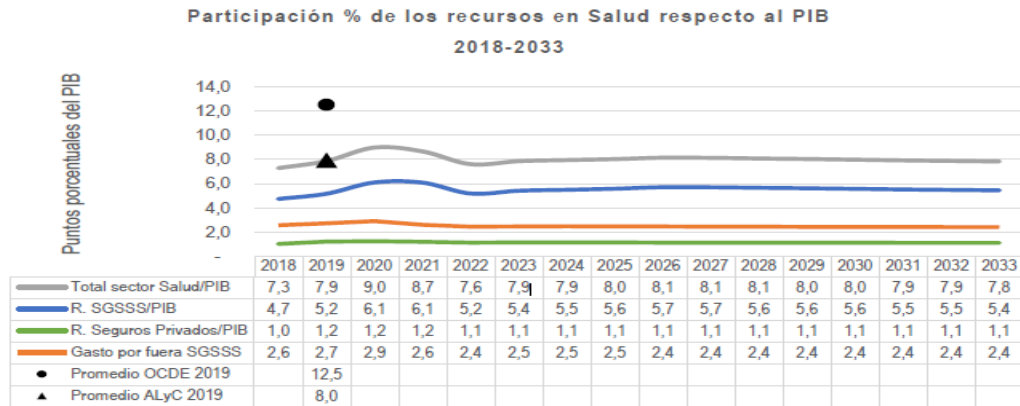


Gráfico 25. Usos de los recursos financieros del Sistema de Salud con Reforma (% PIB)
Fuente: Ministerio de Hacienda

Para el 2019, el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE fue 12,5 puntos porcentuales del PIB y el de América Latina y el Caribe -ALyC es de 8,0%, las fuentes de financiamiento del SGSSS pasaron de 4,7 puntos del PIB en 2018 a 5,4 pp en 2023 (año de partida de la reforma) y ascenderían 5,79 en 2026, año de finalización del gobierno actual. El total del gasto en salud de Colombia como porcentaje del PIB tiene una tendencia estable alrededor de 8 puntos porcentuales.



Nota: *Los recursos fuera del SGSSS incluyen SOAT, riesgos laborales, los seguros privados, prepagadas y planes complementarios.

Gráfico 26. Participación % de los recursos en Salud respecto al PIB 2018-2033
Fuente: Promedios OCDE y América Latina y el Caribe -ALyC, Banco Mundial

5. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Durante los últimos 30 años, se han emitido varias regulaciones como las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1608 de 2013, 1751 de 2015, 1753 de 2015, 1797 de 2016, 1949 de 2019, 1955 de 2019 y 2015 de 2020. Estas disposiciones legales deben ser armonizadas e integradas en un nuevo marco legal para cumplir con las normas superiores, los tratados internacionales, la Constitución Política y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La reforma se basa en los principios fundamentales que la Constitución Política ha establecido para el derecho fundamental a la salud: dignidad humana, igualdad, solidaridad, interés general, universalidad, acceso oportuno y de calidad, y eficiencia del sistema de salud.

- **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 (...)”¹⁵, de allí que se estableciera como principios fundamentales de la Constitución Política la dignidad humana, la solidaridad y el interés general¹⁶. A través de los años la ciudadanía y

¹⁵ Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 “Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia” Título: Derechos sociales

¹⁶ 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

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 y dignidad humana”, como también del derecho fundamental a la vida, como se estableció en la Sentencia T-760 de 2008¹⁷, como en otros casos se ha establecido como derecho fundamental 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 considera 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.”

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”.

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. (...)”

¹⁷ “[...] 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 [...]”

Ley 100 de 1993:

La Ley 100 de 1993 establece el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el sistema pensional¹⁸. En específico y en este ambiente de reformas profundas, el SGSSS nace de un marco conceptual disruptivo para su momento histórico, pues combina principios y elementos tanto de los Estados de Bienestar como de los mercados económicos¹⁹ con mayor independencia, esto es, el Pluralismo Estructurado.

En resumen, el Pluralismo Estructurado configura un sistema con un pagador final público —el Estado—, unos agentes encargados de la gestión del riesgo en salud —las Empresas Promotoras de Salud (EPS)— y unos prestadores de servicios de salud públicos y privados, encargados de la gestión clínica de los individuos. Para generar eficiencias y evitar un sobre costo transaccional de contar con varios tipos de agentes a lo largo de la cadena de valor, este modelo establece varios niveles y direcciones de competencia entre los actores, algo tomado de los modelos de mercado.

El primer nivel de competencia se asienta entre las EPS, las cuales compiten por obtener una mayor cantidad de usuarios —y, por tanto, prima o recursos per cápita que el Estado les gira—; esta competencia se alimenta del logro de eficiencias producidas por una adecuada gestión del riesgo en salud, la cual genera ahorros financieros futuros y la calidad de la atención — estrechamente vinculada a lo anterior—, la cual además es un incentivo para atraer más usuarios en un esquema de mercado informado. El segundo nivel de competencia se da entre los prestadores de servicios de salud, los cuales compiten bajo los mismos principios de eficiencia y calidad, pero no por usuarios individuales sino por hacer parte de las redes de atención de las EPS²⁰

Tanto el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como su modelo conceptual de Pluralismo Estructurado tenían como principales propósitos la superación de las profundas limitaciones que el precario sistema de salud anterior presentaba, por ejemplo, antes de la Ley 100 de 1993, tan solo el 33% de la población tenía algún tipo de aseguramiento —dado por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), las Cajas de Compensación Familiar y los seguros privados—y el 90% de los subsidios en salud terminaban destinados a los quintiles de mayores ingresos.

Por otro lado, a lo largo de sus tres décadas, se han venido introduciendo reformas al SGSSS, algunas de ellas como desarrollo de la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional —cabe destacar la Sentencia T-760 de 2008—, otras como reglamentación

¹⁸ Artículo 152 de la ley 100 de 1993. “[...] *La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.*”

¹⁹ Artículo 185 de la ley 100 de 1993. “[...] *Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.*”

²⁰ Londoño, Juan Luis, and Julio Frenk. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. No. 353. Working Paper, 1997

de marcos legales, como la Ley 1438 de 2011 o la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015 y otras, bajo la lógica de la rectoría del propio Ministerio de Salud y Protección Social y sus administraciones. Cabe aquí, el análisis de cómo estas nuevas regulaciones han modificado los elementos constitutivos del Pluralismo Estructurado y, por tanto, deteriorado la competencia entre los actores y la aparición de incentivos distintos a los originalmente previstos.

En consecuencia, la implementación del sistema de salud colombiano no ha sido estable desde 1993 y, a pesar de ello, ha aportado de forma muy considerable a la generación de mayor equidad, salud y bienestar social a la población del país. Actualmente, en un contexto político de debate de una nueva reforma al sistema, es más importante que nunca la deliberación ponderada e informada, pues peligra la continuación y consolidación de grandes avances sociales en salud.

Ley Estatutaria 1751 de 2015:

La Ley Estatutaria de Salud establece un sistema de atención médica inclusivo y universal que garantiza la igualdad en el acceso a los servicios de salud²¹. Este sistema respeta la autonomía profesional y el trabajo digno del personal de salud, brinda atención inmediata a las emergencias y reconoce los determinantes sociales de la salud según lo definido por la Observación General 14 de la ONU en el año 2000.

Para asegurar el cumplimiento de este marco normativo, es necesario ajustar el diseño institucional establecido por la Ley 100 de 1993 y sus reformas posteriores, incluyendo la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Además, se debe considerar el Proyecto de Ley 010 del Senado y 425 de la Cámara de Representantes, que pretendía seguir en línea con estas reformas, pero que fue archivado en el contexto de las peticiones del paro nacional de 2021.

La Ley se sometió a la revisión constitucional de la Corte Constitucional y fue declarada exequible con considerandos e inexecutable 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.*”

²¹ Artículo 6 de la Ley Estatutaria de 1751 de 2015.

6. CONTENIDO DE LOS PROYECTOS DE LEY ACUMULADOS

De acuerdo con lo expuesto en la ponencia mayoritaria radicada para primer debate²², resulta oportuno trasladar a esta ponencia el cuadro comparativo elaborado frente a las disposiciones contenidas en el proyecto de ley 339 de 2023 y los acumulados, con el fin de ilustrar las coincidencias y diferencias de sus textos propuestos y, así proceder a su estudio;

<p>PL 339/2023C “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”(Iniciativa del Gobierno Nacional)</p>	<p>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)</p>	<p>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)</p>	<p>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)</p>
<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley, de conformidad con la ley 1751 de 2015, sus definiciones y principios reestructura 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</p>	<p>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</p>	<p>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.</p>	

²² Gaceta del Congreso No. 282 de 2023

<p>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.</p>	<p>establecen nuevas reglas en materia de gestión de los servicios de salud de acuerdo con las 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</p>		
<p>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.</p>		<p>ARTÍCULO 2º. 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</p>	

		<p>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</p>	
<p>Artículo 3°. Elementos esenciales del Sistema de Salud. En desarrollo de los elementos esenciales e interrelacionados establecidos en el artículo 6° y de lo dispuesto en los artículos 7° y 8° de la Ley 1751, son elementos esenciales del Sistema de Salud los siguientes:</p> <p>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.</p> <p>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 destinación establecida por las disposiciones jurídicas.</p> <p>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</p>		<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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. 	

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, 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

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 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

situaciones y circunstancias que afectan los derechos de las mujeres y de las personas sexualmente diversas.

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 de 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 resolutive 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 resolutive 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 transparencia 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

<p>desenvolvimiento de este.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
--	--	--

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.

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 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.

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 Secretaría 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.

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

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.

autoridad sanitaria en el Territorio de Salud correspondiente en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

--	--	--	--

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 	<p>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 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</p>	<p>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</p> <p>ARTÍCULO 7°. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, como órgano de dirección, verificación, participación y concertación del sector salud. Estará conformado por 15 miembros con voz y voto, la conformación será la siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>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 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 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</p>
---	--	--	--

<p>discapacidad</p> <p>9. Un (1) representante de las comunidades LGBTIQ+.</p> <p>10. Una (1) representante de asuntos de la mujer y perspectiva de género.</p> <p>11. Dos (2) representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud: uno estatal y uno privado.</p> <p>12. Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno Nacional.</p> <p>13. Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, entidad consultora del Gobierno Nacional.</p> <p>14. Un (1) representante de la profesión de Enfermería.</p> <p>15. Un (1) representante de las facultades de Ciencias de la Salud.</p> <p>16. Un (1) representante de las facultades y programas de Salud Pública.</p> <p>17. Un (1) representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud.</p> <p>18. Dos (2) representantes de las demás organizaciones de trabajadores no médicos de la salud: Uno profesional y otro no profesional.</p> <p>19. Un (1) representante de los pensionados.</p> <p>20. Dos (2) representantes de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, uno estatal y uno privado.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 4. Un representante designado por las 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.</p> <p>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</p>	<p>3. El Ministro(a) de la Igualdad y Equidad.</p> <p>4. El Director(a) del Departamento Nacional de Planeación.</p> <p>5. Un representante de la academia, escogida por ASCOFAME.</p> <p>6. Un representante de las sociedades científicas y escogidos en asamblea pública.</p> <p>7. Un representante de las asociaciones de pacientes debidamente conformados y escogido en asamblea pública</p> <p>8. Un representante de las asociaciones de usuarios del SGSSS escogido en asamblea pública</p> <p>9. Un representante de secretarías de salud departamentales, escogido de forma pública y que se rotará anualmente entre los secretarios de salud propuestos por las agremiaciones de entidades territoriales.</p> <p>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.</p> <p>11. Un delegado de los prestadores de servicios de salud del sector privado.</p> <p>12. Un delegado de los prestadores de servicios de salud del sector público.</p> <p>13. Un representante de los Agentes gestores.</p> <p>14. Un representante de los trabajadores de la salud, escogido de forma pública, que se rotará anualmente según postulación de las</p>	<p>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.</p>
---	---	---	---

<p>establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, de 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 Primaria Integrales Resolutivos en Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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 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</p>	<p>diferentes disciplinas gremios que participan en el sector. 15. Un delegado de los gremios, que se rotará anualmente, entre los diferentes gremios.</p>
--	--	--

	<p>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</p>		
<p>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</p>			

<p>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.</p>			
<p>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</p>		<p>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</p>	

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. 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.

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 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 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 Social 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 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

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 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.

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 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

respectivo Departamento o Territorio, quienes deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.

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.

<p>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.</p>			
--	--	--	--

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

			<p>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.</p>
<p>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</p>			

<p>salud en todos sus componentes esenciales.</p>			
<p>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</p>			
<p>CAPÍTULO IV FUENTES, USOS Y GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD</p>			
<p>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</p>		<p>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.</p>	

<p>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</p>			
<p>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.</p>		<p>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</p>	

		<p>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.</p>	
--	--	--	--

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 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

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 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 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

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 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

Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

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 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

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 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.

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 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.

<p>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.</p>			
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 pensionados. 6. Administrar los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario 			<p>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 aplicará el giro directo de los recursos de los presupuestos máximos, de acuerdo a las reglas que establezca el Ministerio de Salud y Protección</p>

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

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

<p>Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.</p>			
<p>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</p>			

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

<p>los servicios de salud en el territorio nacional</p>			
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			

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

<p>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.</p>			
<p>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.</p>			

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 por parte 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”.

<p>Artículo 36. Modificadorio 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.”</p>			
<p>Artículo 37. Modificadorio 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.”</p>			
<p>Artículo 38. Modificadorio 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</p>			

<p>destinados a los departamentos.”</p>			
<p>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.</p>			

<p>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."</p>			
<p>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 entidades</p>	<p>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</p>		

tenga un mayor impacto o genere mayor equidad

las 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 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 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 correspondan 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

<p>los servicios y tecnologías en salud que obedezcan a los criterios legales de exclusión.</p>			
<p>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.</p>			

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

			<p>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.</p>
--	--	--	---

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 esta 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 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

Artículo 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.

	<p>positivos y negativos del riesgo financiero derivado del manejo integral de las necesidades en salud de la población a su cargo.</p> <p>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.</p>		
<p>CAPITULO VI. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – ISE</p>			

<p>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.</p>			
<p>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.</p>			

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.

<p>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 integradas.</p>			
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Las compras de los insumos, dispositivos, tecnologías y medicamentos de los Centros</p>			

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, entendiéndose 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 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 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.

<p>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</p>			
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.

<p>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.</p> <p>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.</p>			
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>			

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 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

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 accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia. 4. Garantizar la atención continua, integral y resolutive 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

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 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

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 medicocientífico y ético para la toma de decisiones de acuerdo al 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.

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 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

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 resolutive 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 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 ex ante y ex post. 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

	<p>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.</p>	<p>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.</p>	
--	---	--	--

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 Redes integrales 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.

<p>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.</p>	<p>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.</p>		
<p>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</p>			

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 vínculo 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

	<p>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.</p>		
<p>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.</p>			

<p>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.</p>			
--	--	--	--

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 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

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 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

<p>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.</p> <p>Los municipios y distritos definirán la ubicación y responsabilidad poblacional de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en el 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.</p> <p>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</p>	<p>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 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-</p>		
---	--	--	--

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 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

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.

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

<p>que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.</p> <p>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.</p> <p>Lo anterior conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>			
<p>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.</p>	<p>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.</p>		

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 resolutive 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 remitora. 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 Médica. 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 Médica. 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 resolutoria del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. 5. Evaluación periódica de la satisfacción de los 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

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.

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 DE 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 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,

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 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

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 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.

carácter privado desarrollarán planes de fortalecimiento para mejorar su capacidad resolutive en el primer nivel de atención.

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 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

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.

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 resolutive 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

<p>enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas.</p>			
<p>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.</p>			
<p>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</p>			

<p>Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).</p>			
<p>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</p>	<p>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</p>		

<p>tratamiento de estas enfermedades.</p>			
<p>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.</p>			
<p>CAPITULO IX. SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIIS)</p>	<p>CAPITULO X. SISTEMAS DE INFORMACIÓN</p>		<p>CAPITULO VIII SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD.</p>

<p>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.</p>	<p>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 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</p>	<p>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.</p>	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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.
---	--	--	---

	las obligaciones que se encuentran dentro de los plazos de pago establecidos en la Ley.		
--	---	--	--

<p>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 transparencia</p>	<p>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 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</p>	<p>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 microdatos 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.</p>	<p>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.</p>
--	--	---	---

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 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

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 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-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.

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

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

		<p>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.</p>	
<p>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 resolutive del médico de APIRS y de los programas de prevención secundaria.</p>			
<p>CAPITULO X. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL</p>			

<p>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.</p>			
--	--	--	--

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

<p>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.</p>			
<p>CAPÍTULO XI INSPECCIÓN Y CONTROL</p>	<p>CAPITULO IX. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL</p>		<p>CAPÍTULO IX INSPECCIÓN Y CONTROL</p>

<p>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.</p>	<p>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 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</p>	<p>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 sistema de salud que violen el derecho a la salud</p>	<p>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</p>
---	--	--	--

	<p>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.</p>		
--	---	--	--

<p>Artículo 111. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control tendrá el siguiente alcance:</p> <p>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.</p> <p>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 para el acceso a la información.</p> <p>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</p>	<p>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 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</p>	<p>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 interdisciplinarios, 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 resolutivez 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 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</p>	<p>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.</p>
---	---	--	--

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.

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, 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

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 de opciones conforme a los determinantes sociales en salud.

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 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

	<p>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.</p>	
--	---	--

<p>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.</p>	<p>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 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</p>	<p>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 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</p>
---	--	---

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 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 incurso 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

objecciones. 4. Integrar otros órganos colegiados donde tenga voz y voto para las decisiones nacionales en salud.

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 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

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. 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

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.

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 de 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 resolutoria 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 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

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»

<p>los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012. Parágrafo 1°. 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 2°. 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.</p>			
---	--	--	--

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 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

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.

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.

<p>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</p>			
<p>CAPITULO XII. POLÍTICA NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD</p>		<p>CAPÍTULO II POLÍTICA FARMACÉUTICA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA</p>	

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 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

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 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

investigación, tecnología e innovación en salud pública.

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

		<p>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.</p>	
<p>CAPITULO XIII. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD</p>			<p>CAPÍTULO VII MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS</p>

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 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.

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 regulará los márgenes por gestión administrativa y 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

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.

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 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.

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 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

		<p>Sistema de General de Seguridad Social en Salud y podrá ser operado por agentes especializados en la materia.</p>	
--	--	--	--

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 temas 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.

<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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 	<p>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:</p> <p>«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:</p> <p>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»</p> <p>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 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</p>
--	--

		<p>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.</p>	<p>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.</p>
--	--	--	---

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

			<p>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.</p>
<p>CAPITULO XIV. POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD</p>			

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 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

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 oferta educativa técnica, tecnológica 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 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

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

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

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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</p>	<p>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.</p>
---	--	--	--

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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. <p>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</p>	<p>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 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</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 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.</p> <p>Parágrafo # 1. El Ministerio de Salud elaborará un estudio sobre el impacto fiscal</p>	<p>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.</p>
---	---	---	--

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

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

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 instituciones de educación superior.

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.

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 intuitivo 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 al 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

	<p>información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> <p>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.</p>		
<p>CAPITULO AUTONOMÍA PROFESIONAL AUTORREGULACION</p>	<p>XVI. Y</p>		

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.

<p>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.</p>			
<p>CAPITULO XVII. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO</p>			
<p>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</p>			

<p>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.</p>			
<p>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.”</p>			
<p>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</p>			

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.

<p>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.</p>			
<p>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</p>			
<p>CAPITULO XVIII TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</p>			
<p>Artículo 145. 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, facúltase 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</p>			

<p>servicios de salud en los territorios de los pueblos y comunidades indígenas.</p>			
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			

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 periodos 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 y Resolutiva 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 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 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 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

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

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 período 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.

7. CONSIDERACIONES DEL PONENTE

Lo esencial de los cuatro proyectos es su coincidencia en que el actual sistema de salud necesita ser reformado. Sin duda, los proyectos previamente citados contienen aportes importantes para enriquecer el debate planteado, pero como ya se advirtió, el suscrito se aparta de los lineamientos esenciales consignados en la ponencia mayoritaria puesto que el Partido Liberal, al cual pertenezco, en distintas reuniones técnicas llevadas a cabo con el Gobierno Nacional, propuso una serie de modificaciones frente al proyecto inicial radicado que, no fueron acogidas dentro de la ponencia presentada.

Esas diferencias me llevaron a considerar la presentación de una ponencia alternativa, sin que esto signifique un desconocimiento de los propósitos generales de la reforma al sistema de salud, sobre todo si nos damos cuenta que las propuestas presentan líneas comunes que se mantienen dentro de esta ponencia, pero que son completadas con visiones distintas frente a aspectos como, por ejemplo, el aseguramiento social en salud enfocado a un aseguramiento mixto, que no es otra cosa que la posibilidad de la coexistencia organizada y armónica de unas aseguradoras (Gestoras de salud y vida públicas, privadas y mixtas) con un aseguramiento llevado a cabo directamente por parte del Estado en las zonas apartadas o donde haya brechas de equidad o vulneraciones del derecho, entre otras cosas que se evidencian el siguiente pliego de modificación, así:

7.1 Modificaciones propuestas

TEXTO RADICADO POR EL GOBIERNO NACIONAL EN PROYECTO DE LEY NO. 339 DE 2023	TEXTO PROPUESTO	CAMBIOS-JUSTIFICACION
<p>Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones</p>	<p>“Por medio de la cual se establecen <u>disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud para fortalecer el acceso efectivo a servicios de salud</u>”</p>	<p>Se ajusta para hacerlo acorde con los elementos de la ponencia, pues busca la transformación de elementos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).</p>
<p>CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES</p>	<p>CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES</p>	<p>Igual</p>

<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley, de conformidad con la ley 1751 de 2015, sus definiciones y principios reestructura 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.</p>	<p>ARTÍCULO 1°. Objeto. <u>Por medio de la presente ley se establecen disposiciones tendientes a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el acceso efectivo a servicios de salud por parte de las personas, familias y la población, las cuales están fundamentadas en un Aseguramiento Social en Salud que cuenta con actores diversos públicos, privados y mixtos para la gestión integral del riesgo en salud tanto individual como colectivo, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, la intersectorialidad para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, y el empoderamiento de las personas y comunidades, en el desarrollo de la garantía del derecho fundamental a la salud.</u></p>	<p>CAMBIOS: Elimina toda la parte de solidaridad del sistema de salud propuesto por el Gobierno. Elimina como objeto el Sistema Integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, la participación social, condiciones de trabajo del personal de salud, etc. Enfoca el objeto a un sistema público, privado y mixto dirigido a la atención primaria, como mecanismos para garantizar el derecho fundamental a la salud. Este ajuste simplifica la redacción permitiendo concretar el objeto a los cambios sustanciales pero precisos que el texto hace sobre el SGSSS.</p>
---	--	---

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Se elimina por considerarlo innecesario, pues su definición está clara en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.</p>
<p>Artículo 3º. 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:</p> <p>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.</p> <p>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 destinación establecida por las disposiciones jurídicas.</p> <p>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.</p> <p>4. Eficacia. Es lograr los resultados en</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Se elimina por considerarlo innecesario, pues los elementos están contenidos en lo dispuesto por la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015</p>

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, 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.

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~~

ARTÍCULO 2°. Definiciones.

Modifica:

CAMBIOS:

Se realizan ajustes para simplificar el artículo con los elementos que realmente requieren una definición a la luz del presente proyecto de Ley y sus transformaciones del SGSSS. Otras definiciones están contenidas en disposiciones legales y normativas de salud que no es necesario repetir o modificar.

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.

1. Atención primaria en salud. Es una estrategia que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. Comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos: 1. Servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; 2. Acciones y políticas multi-sectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y 3. El establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la auto-asistencia y la autosuficiencia en la salud.

2. Gestión del Riesgo en Salud. Corresponde a las actividades destinadas a impactar positivamente los factores que influyen en la salud de las personas, familias y comunidades, así como en sus modos, condiciones y estilos de vida, de tal manera que se anticipe a la

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 resolutive 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 resolutive 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,

materialización de riesgos en salud para que estos no se presenten o para que se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

3. Interoperabilidad. Es la capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. En la progresividad de la interoperabilidad se buscará la articulación con otros sectores para gestionar la integralidad de la atención

4. Redes de prestación de servicios de salud (RISS). Son una estructura funcional compuesta por grupos de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada o mixta, organizados y articulados por una Entidad Gestora de Salud y Vida o una Entidad Promotora de Salud (EPS), durante la transición de esta ley, para prestar los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a la población de un territorio. Esta Red Integral e Integrada de servicios de Salud debe garantizar todas las tecnologías que necesita el individuo y su familia en el ámbito ambulatorio, hospitalario y domiciliario de tal forma que se pueda saber de manera pública cuál o cuáles tecnologías en salud son prestadas por cual institución.

~~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, e 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.~~

5. 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 para promover hábitos de vida saludable y la cultura del autocuidado de salud.

6. Salud Predictiva. Son todas las acciones encaminadas a estudiar el comportamiento demográfico, epidemiológico y los hábitos de consumo de servicios para planificar y proyectar las acciones a ejecutar por el Sistema de Salud para descubrir determinantes sociales y factores de riesgo biológicos que sean fuentes de enfermedad.

7. 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 persona y la dignidad humana.

8. Servicios Primarios de Salud. Corresponden a los servicios de salud de baja complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la reglamentación en la materia, requeridas de acuerdo con las necesidades en salud de la población y sus condiciones socioeconómicas y culturales, en un territorio determinado.

9. Servicios Complementarios de Salud. Corresponde a todos los servicios de salud de mediana y alta complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la reglamentación en la materia, necesarios para garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de los servicios primarios.

10. El Sistema Único Interoperable de Información en Salud (SUIS) comprende un conjunto de componentes organizados e interactuantes en torno al objetivo de

14. Sistema Público Único Integrado de Información en Salud -SPUIIS. Es un sistema de información transversal al Sistema de Salud, diseñado para garantizar la transparencia 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

producir información destinada a respaldar las decisiones y acciones que busquen alcanzar mejores servicios y resultados en cada nivel del sistema de salud en su generalidad, en el entendido que la información en salud es un insumo clave para el desarrollo de políticas relacionadas con la salud, la planeación y el funcionamiento de programas, la vigilancia de la salud y el seguimiento, la evaluación y la investigación de resultados.

11. Territorios de Gestión en Salud. Son territorios funcionales conformados por áreas geográficas homogéneas e integradas entre sí, geográficamente continuos que compartan características poblacionales, demográficas, socioeconómicas, socioculturales, ambientales y que reflejen los grados de desarrollo de capacidades que han alcanzado cada uno de los territorios para atender las necesidades de la población, pero que son heterogéneos y diferenciados entre ellos en cuanto a sus relaciones funcionales. Estos territorios comprenderán, por regla general, áreas de varios Departamentos.

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.

<p>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</p> <p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	
---	------------------------------	--

~~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.~~

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

Se elimina

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.~~

Se elimina

<p>Artículo 8°. Comisiones Departamentales, Distritales y municipales de Determinantes de Salud.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	
<p>CAPÍTULO III. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</p>	<p>CAPÍTULO II GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA</p>	

<p>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. 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.</p>	<p>ARTÍCULO 3°. Gobernanza y Rectoría del Sistema de Salud. La <u>gobernanza</u> y rectoría del Sistema <u>estará en cabeza</u> del Ministerio de Salud y Protección Social, <u>quien orientará a los actores para el logro de la garantía del derecho a la salud, el acceso efectivo de servicios de salud, al buen desempeño del sistema, sus agentes, la transparencia, 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.</u> <u>El Ministerio de Salud y Protección Social, contará con el Consejo Nacional de Seguridad Social como órgano asesor del Ministerio y con escenarios para fomentar y desarrollar la participación de las personas y sus organizaciones sociales y civiles en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas de salud.</u></p>	<p>CAMBIOS:</p> <p>Elimina el Consejo Nacional de Salud y lo suple por el Consejo Nacional de Seguridad Social.</p> <p>Este cambio ajusta la naturaleza del Consejo hacia uno asesor, de forma que la rectoría del SGSSS siga en manos del Ministerio de Salud y Protección Social y le permita al sector expresarse a través del mismo sin atomizar la gobernanza del SGSSS.</p>
--	---	--

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 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.

ARTÍCULO 4°. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Créese el Consejo Nacional de Salud, como órgano asesor del Gobierno Nacional en materia de salud, siendo un espacio de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y **cuya función será emitir recomendaciones a los diferentes sectores del Gobierno Nacional que conlleve al goce efectivo del derecho fundamental a la salud.**

El CNSSS estará presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social y estará conformado por 16 representantes del Estado, las empresas del sector, la academia y la sociedad civil y organizada, así:

1. El ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.

2. El ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.

3. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

4. Dos (2) representantes de las Direcciones Territoriales de Salud: Un representante de las Direcciones Departamentales o Distritales y un representante de las Direcciones Municipales de Salud, designado entre ellos mismos por el mecanismo que definan.

5. Dos (2) representantes de las Entidades Gestoras de Salud y Vida: Un representante de las EGVIS públicas y mixtas y una EGVIS privadas designado ambas por las agrupaciones, agremiaciones y asociaciones que las congregue.

6. Tres (3) representantes de los Prestadores de servicios y Proveedores de Tecnologías en Salud; Un (1) representante de las IPS públicas y mixtas, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen y un (1) representante de las IPS privadas, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen y un (1) representante de las industrias

CAMBIOS:

-Reduce el número de integrantes del Consejo.

-Amplía el Consejo a todo el Sistema de seguridad social en salud.

-Será solo órgano asesor que emite recomendaciones pero a diferentes sectores del Gobierno.

-Sigue presidido por el MinSalud o a quien delegue.

-Incluye dos representantes de las EPS o EGVIS como se pasan a llamar.

-Quita la mayoría de representación civil, solo deja a los afro, ROM e indígenas.

-Elimina la participación de la Supersalud y a la ADRES del Consejo, pero deja la facultad al Consejo de invitarlos con voz pero sin voto al igual que a otras entidades del sistema.

-Los consejeros no recibirán honorarios.

~~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.~~
~~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~~

productoras de medicamentos, dispositivos e insumos para la salud, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
7. Un (1) representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
8. Dos (2) representantes de los usuarios del Sistema: Un representante designado por las asociaciones de Pacientes y un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
9. Un (1) representantes de comunidades étnicas: elegidos entre los pueblos indígenas, las comunidades afrocolombianas y la comunidad ROM.
10. Dos (2) representantes de la academia; Un representante que será escogido por la Academia Nacional de Medicina y un representante de la terna enviada por los colegios, sociedades científicas y facultades de Ciencias de la Salud.

Parágrafo 1. Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que, dentro de los 3 meses siguientes a la expedición de la Ley, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad.

representantes de los Centros de Atención 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.

Parágrafo 2. La secretaría técnica del CNSSS será ejercida desde el despacho del ministro de Salud y Protección Social la cual convocará a las sesiones, registrará el contenido de las sesiones y publicará las actas de cada sesión.

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, periodicidad de los consejeros y de la sesión, mecanismos de concertación entre otros.

Parágrafo 4. El CNSSS, podrán invitar a sus sesiones de acuerdo con los temas a desarrollar al 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), el Instituto Nacional de Cancerología, la Cuenta de Alto Costo y terceros expertos con voz, pero sin voto.

Parágrafo 5. El Gobierno Nacional, proporcionará los recursos para garantizar las reuniones del Consejo, de forma presencial o virtual, incluyendo los gastos de transporte y estancia de aquellos consejeros que no vivan en el lugar de reunión. Los consejeros no percibirán honorarios por su participación en el Consejo.

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.~~

Se elimina

Esto puede estar por disposición reglamentaria.

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 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

ARTÍCULO 5°. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar políticas relacionadas con la salud pública, Plan de beneficios, los modelos de atención y prestación de servicios, los incentivos para las buenas prácticas a los diferentes actores del Sistema, los indicadores de medición del acceso efectivo a los servicios de salud, la calidad en la prestación de los servicios y los resultados en salud.

2. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno Nacional y a los actores del Sistema de Salud, para la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los Determinantes Sociales de la Salud para la gestión del riesgo en salud colectivo, comunitario e individual, en los distintos territorios.

3. Proponer estrategias encaminadas al buen recaudo, flujo y uso de los recursos de manera que se garantice la sostenibilidad del Sistema, y la garantía del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo. En caso de que el Gobierno Nacional y sus Entidades se aparten de las recomendaciones hechas por el Consejo, éstas deberán justificar su accionar.

~~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.~~

<p>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 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.</p>	<p>ARTÍCULO 6°. Consejos Territoriales de Salud. Los Departamentos, Distritos y Municipios, conformarán los Consejos Territoriales de Salud, los cuales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o municipal.</p>	<p>CAMBIOS: No desarrolla funciones de este tipo de Consejos que pueden estar por disposición reglamentaria; además, existe ya un marco legal adecuado para orientar su conformación.</p>
---	--	--

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 de salud 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 - SPUIS. 7. Prestar la asistencia técnica al nivel territorial para garantizar la implementación del Sistema de Salud. 	<p>Se elimina</p>	<p>Las funciones actuales del Ministerio de Salud y Protección Social permiten perfectamente su rectoría del SGSSS.</p>
<p>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.</p> <p>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</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Esto es de materia reglamentaria.</p>

ejecución de acciones
entre el nivel departamental y sus
municipios y distritos.

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Esto es de materia reglamentaria.</p>
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Esto es de materia reglamentaria.</p>

<p>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</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Esto es de materia reglamentaria.</p>
<p>CAPÍTULO IV FUENTES, USOS Y GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Se elimina por organización del texto.</p>
<p>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</p>	<p>ARTÍCULO 7°. Ámbitos de la participación ciudadana y social. <u>La participación de las personas y sus organizaciones sociales y civiles se ejercerán en los siguientes ámbitos:</u></p> <p>1. Participación en los contextos comunitarios y territoriales. <u>Los Integrantes del Sistema de Salud promoverán espacios y mecanismos de participación ciudadana y de organizaciones sociales y civiles, conducentes a la construcción de políticas, estrategias e intervenciones en salud, generación e implementación de abordajes comunitarios de los problemas de salud y empoderamiento comunitario en salud.</u></p> <p>2. Participación en las políticas públicas de salud. <u>El Ministerio de Salud, como ente rector del Sistema de Salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, propositiva y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales y civiles en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas de salud. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio del Interior y los Departamentos, Distritos y Municipios, generarán los mecanismos, procesos y espacios para consolidar la veeduría ciudadana de las políticas, planes, estrategias e intervenciones del Sistema de Salud en el nivel nacional y territorial.</u></p>	<p>-Recoge la participación ciudadana en este artículo, es decir, no la excluye del sistema.</p> <p>No se considera necesaria la definición del financiamiento dentro del marco legal. Esto es un elemento inherente de los sistemas de salud y está la en la definición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.</p>

	<p>3. Consulta previa a las comunidades étnicas. <u>La formulación de las macro-políticas de salud, tendrán un enfoque diferencial con especial énfasis en comunidades étnicas, las cuales ejercerán su participación por medio de consultas previas, en el marco de lo dispuesto por la Constitución Política y el marco legal y normativo en la materia.</u></p>	
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 8°. Territorios de gestión en salud. <u>Para garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios 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.</u></p> <p>Parágrafo 1. <u>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los Territorios de Gestión en Salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan</u></p>	<p>-Deja claro cómo se organizarían los territorios de salud que son necesarios por cuanto existen municipios más cercanos a otros departamentos que a los que ellos pertenecen.</p> <p>Los Territorios de Gestión de Salud son estructuras funcionales que permiten una gestión de la salud que trascienda las fronteras político-administrativas, dado que los ciudadanos y sus dinámicas son así.</p>

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. Los Territorios de Gestión de Salud pueden acudir a esquemas asociativos territoriales como lo dispone la normatividad vigente.

~~**Artículo 24. 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.~~

ARTÍCULO 9°. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud, orientar su gobernanza 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:

1. Habilitación y Funcionamiento de los Agentes. Es el sistema mediante el cual el Ministerio de Salud define los criterios y estándares mínimos para el ingreso y permanencia en el sistema de salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios, el suministro de tecnologías de salud públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud, así como los como elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.

2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. El Ministerio de Salud y Protección social, desarrollará mecanismos sistemáticos y continuos 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.

3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social 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 social, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión,

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) para darle una visión más actualizada con la evidencia en Calidad en salud presente y con la necesidad de un instrumento que permita generar dinámicas e incentivos dentro del sistema de salud, a partir de un sistema de Calidad más robusto.

centrando las necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.

4. Desarrollo de Capacidades Institucionales y de Talento Humano en Salud. El Gobierno nacional desarrollará, de forma dinámica, la generación de capacidades institucionales de gestión del riesgo en 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.

5. Monitoreo y evaluación del desempeño del Sistema de Salud y sus agentes. El Ministerio de Salud y Protección Social, 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 Unificado e Interoperable De Información en Salud (SUIS), 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 de comprender, de sus hallazgos.

6. Mejoramiento continuo 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.

7. Innovación Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Tecnología, Ciencia e Innovación, desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a 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 General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse.

Parágrafo. El desarrollo 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 General de Seguridad Social en salud (SGSSS).

CAPÍTULO III
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
Y SALUD PÚBLICA

~~**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 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~~

ARTÍCULO 10°. De las orientaciones estratégicas de la salud pública. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) así como los demás sectores involucrados en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, orientarán y articularán sus estrategias, acciones, intervenciones y recursos hacia el cumplimiento de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

Se eliminan las funciones de la ADRES por considerarlas improcedentes ante la propuesta de un aseguramiento mixto de salud, en donde esta Entidad gestiona el flujo de recursos financieros pero no adquiere funciones de gestión del riesgo financiero de los individuos y comunidades que hacen parte exclusiva del aseguramiento y sus estructuras.

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 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 11°. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la identificación de los riesgos de presentar un evento en salud de las personas y las comunidades, a fin de promocionar estados saludables y realizar intervenciones y acciones de prevención primaria individuales y poblacionales; cuando se materialicen tales riesgos, esta gestión implica la atención integral, oportuna y de calidad en salud desde la prevención secundaria y terciaria, el tratamiento, hasta la paliación y el buen morir con dignidad. La Gestión integral del riesgo en salud implica la tanto a la articulación y coordinación

En el marco del aseguramiento mixto en salud, se requiere de la articulación de los distintos actores para anticiparse y tratar los riesgos en salud por lo que se agrega este artículo.

de los diferentes actores públicos, privados y mixtos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y otros sectores sociales y, además, contempla la responsabilidad del Estado de evitar el empobrecimiento de las personas y comunidades por los gastos asociados a los eventos en salud, en el marco de la protección financiera social.

El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, determinarán los instrumentos, mecanismo y acciones de coordinación entre los distintos agentes del sistema de salud para el abordaje de los riesgos de salud de los individuos y comunidades de forma integral, continua y eficiente.

Las personas y comunidades, en sus entornos, tienen el deber de autocuidarse realizando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras atenciones que inciden en su condición de salud.

~~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 correspondan.~~
- ~~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 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~~

ARTÍCULO 12°. Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria. El Sistema de Salud, en conjunto con los diferentes sectores sociales y sus Entidades, enfocará sus esfuerzos en la promoción de la salud, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la prevención primaria, con un carácter resolutivo en el nivel primario de atención de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Este modelo deberá fortalecer el acceso efectivo a servicios de salud, en especial en zonas rurales, zonas con población dispersas, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, poblaciones con presencia de grupos étnicos. Para ello, se establecerán Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) con enfoque territorial, intercultural, de derechos y diferencial, los cuales estarán coordinados con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en el componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de Salud. Para ello, se utilizará la mejor evidencia disponible, modelos estadísticos, interoperabilidad de sistemas de información entre los agentes del Sistema de Salud para proyectar la carga de la enfermedad futura, el comportamiento demográfico, epidemiológico y los hábitos de consumo de servicios de salud, de acuerdo con la definición de salud predictiva definida en la presente Ley. **Parágrafo.** El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo Resolutivo de Promoción de

CAMBIOS:
Crea los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), coordinados por los CAPS y las Entidades Gestoras de Salud y Vida, en el marco de la Gestión Integral del Riesgo. Se requiere de una coordinación de estas entidades.

	<p><u>la Salud y Prevención Primaria, al igual que los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) deberá estar basado en evidencia, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) incluyendo el uso eficiente y transparente de los recursos disponibles.</u></p>	
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 13°. Modelo Diferencial de Salud. Con el propósito de avanzar en equidad y acceso efectivo de toda la población al aseguramiento en salud, se diseñará un modelo diferencial en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: <u>baja densidad o alta dispersión de la población, presencia de comunidades étnicas, reconocidas por el marco legal y normativo correspondiente, o alta prevalencia de personas con discapacidad, limitada oferta de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, el Estado deberá desarrollar modelos de atención diferenciados que se ajusten a dichas</u></p>	<p>COMENTARIO:</p> <p>Establece el modelo diferencial de salud dirigido a ciertas zonas territoriales con características específicas y podrán ser estructurados y operados bajo modelos públicos, privados o en alianzas público privada.</p>

características territoriales. Estos modelos se construirán con una activa participación de las comunidades y podrán ser estructurados y operados bajo modelos públicos, privados o en alianzas público privadas.

Parágrafo 1. Los modelos diferenciales contemplarán las intervenciones positivas de los determinantes sociales en salud de las poblaciones objeto y la participación intersectorial de entidades del orden nacional y territorial en su construcción e implementación.

Parágrafo 2. En los pueblos indígenas, se dará continuidad a la implementación y desarrollo total del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), manteniendo la indemnidad de las garantías y derechos consagrados en las normas y acuerdos existentes a la sanción de la presente Ley.

Parágrafo 3. En las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país, el Gobierno Nacional teniendo en cuenta la consulta y concertación previa se definirá y reglamentará un modelo diferencial de salud, que esté acorde con sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como con sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, dará prioridad a la población ubicada en los municipios del Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), descritos en el Decreto Ley 893 de 2017 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

-Mantiene el régimen especial indígena.
-Busca implementar un régimen especial para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.
-Prioridad municipios PDET

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 14°. Acción Estatal frente a los Determinantes Sociales de la Salud. El Gobierno nacional en coordinación con los Ministros del gabinete y el Departamento Nacional de Planeación, de manera prioritaria realizará acciones que incidirán positivamente sobre los Determinantes Sociales de la Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional. Su financiamiento se planeará y ejecutará de manera transversal en cada una de las entidades sectoriales responsables y estará orientado hacia el logro de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública.

<p>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</p>	<p>ARTÍCULO 15°. Comisión Nacional Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. La comisión Nacional Intersectorial para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud se orientará por el Plan Decenal de Salud Pública vigente El Presidente de la República presidirá la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, integrada por todos los Ministros del gabinete y el Director del Departamento Nacional de Planeación.</p>	<p>COMENTARIO: Artículo 7 del PL de ley del gobierno, con modificaciones.</p>
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 16°. Funciones de la Comisión Nacional Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. La comisión nacional intersectorial para el abordaje de los determinantes de salud tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Parágrafo 1. El Gobierno nacional, en los tres (3) 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.</p>	<p>COMENTARIOS: Modifica el artículo 7 de la ley 1438. -Esta comisión está en el artículo 7 del PL del gobierno</p>

	<p><u>La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud deberá sesionar dos veces al año .</u></p> <p>Parágrafo 2. <u>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, estas comisiones informarán las directrices a los municipios de su jurisdicción.</u></p>	
<p>Artículo 29. Cuentas y recursos administrados 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.</p>	<p>ARTÍCULO 17°. Comisiones Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes de la Salud. Los Gobernadores, alcaldes distritales y municipales conformarán la Comisión de Determinantes de Salud en el ámbito de su jurisdicción. Tales comisiones revisarán la información <u>epidemiológica departamental, el Consejo Territorial de Salud y su Dirección Territorial de Salud para evaluar y analizar el impacto mediante la evaluación de indicadores de salud, las cuales se publicarán trimestralmente.</u> 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.</p>	<p>COMENTARIO: Es el artículo 8 del PL presentado por el gobierno, pero con modificaciones.</p>

	CAPÍTULO IV <u>ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD</u>	
<p>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:</p> <p>1. Cuenta Atención Primaria Integral en Salud</p> <p>1.1. Fuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>ARTÍCULO 18°. Modelo de Aseguramiento Social en Salud. El Estado garantizará la gestión integral de los riesgos de salud técnicos y financieros, tanto individuales, como colectivos de toda la población, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual se apoyará en los demás sectores de forma articulada para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. El Aseguramiento Social en Salud se garantizará por medio de actores de naturaleza pública, privada o mixta o el Estado directamente, cuando no exista otra forma de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud en zonas rurales de difícil acceso o población dispersa.</p> <p><u>Parágrafo 1.</u> En caso de que el Estado decida operar directamente el Aseguramiento Social en Salud, deberá contar con los mismos requisitos técnicos que las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) y se deberá conformar una estructura funcional unificada con las capacidades necesarias para la adecuada gestión del riesgo en salud y financiero de las personas y comunidades, en igualdad de condiciones técnicas que las EGVIS; además, esta estructura funcional tendrá las mismas condiciones de flujo, giro y gestión financiera que las</p>	<p>CAMBIOS:</p> <p>Este cambio permite la existencia de un aseguramiento mixto, con la existencia de aseguradoras públicas, privadas y mixtas.</p> <p>Además, se establece la posibilidad de un aseguramiento por parte del Estado, en casos específicos.</p>

• ~~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~~

EGVIS, por medio de los componentes fijos de la UPC y en ningún caso recibirán recursos calculados en el componente variable de la misma.

Parágrafo 2. El Estado podrá asumir directa, temporal y transitoriamente la atención en salud de personas en las cuales exista inminencia o franca vulneración del derecho fundamental a la salud, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, las demás disposiciones de esta Ley, la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, por medio de prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, a los cuales se les reconocerá financieramente por los servicios y tecnologías prestados. Se diseñará un mecanismo de ajuste financiero por los gastos generados en las atenciones requeridas a las Gestoras de Salud y Vida que tengan a cargo estas personas.

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 19°. Régimen Único de Salud. Dentro del primer (1) año de vigencia de la presente ley, el Gobierno nacional unificará técnica, financiera y jurídicamente, los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Desde su nacimiento, los nacionales colombianos quedarán afiliados al Sistema de Salud.

Dentro del Régimen Único de Salud, las personas con capacidad de pago determinadas por el Gobierno Nacional, deberán contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y tendrán derecho a recibir prestaciones económicas derivadas del seguro de salud.

COMENTARIO:
Se establece un solo régimen de salud, conforme a lo dispuesto por la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

	<p>Parágrafo. Toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad; aquellas mujeres que no son aportantes económicos del Sistema General de Seguridad Social en 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 todos los controles prenatales respectivos durante el embarazo.</p>	
<p>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.</p>	<p>ARTICULO 20°. Financiación de las Prestaciones Económicas. La población aportante al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá derecho al reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad. Las incapacidades por enfermedad general se financiarán con el porcentaje de los recursos entregados a las Entidades Gestoras de Salud y Vida en función del Ingreso Base de Cotización del aportante el cual se descontará de los aportes. Las licencias de maternidad y/o paternidad se reconocerán con cargo a recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que administra la ADRES.</p> <p>Las liquidaciones y gestión operativa de las prestaciones económicas las realizará la Entidad Gestora de Salud y Vida.</p>	

<p>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.</p>	<p><u>ARTÍCULO 21°. Tecnologías y servicios de Salud del Régimen Único de Salud.</u> Las personas tendrán derecho a acceso de tecnologías y servicios de salud, garantizadas por los actores del Aseguramiento Social en Salud de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015.</p>	<p>Se armoniza con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.</p> <p>Se eliminan los fondos territoriales por considerarlos estructuras descentralizadas que fragmentan la gestión del riesgo en salud y aumentan riesgos de manejo no transparente de recursos.</p>
<p>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.</p>	<p><u>ARTÍCULO 22°. Libre elección de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).</u> Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tendrán derecho a elegir libremente la Entidad Gestora de Salud y Vida de su preferencia, dentro de la oferta disponible en el respectivo territorio de aseguramiento y podrán trasladarse en cualquier momento. Igualmente, podrá elegir dentro de la oferta de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS), según su necesidad y dependiendo de la oferta de talento humano disponible, podrá elegir a su médico con enfoque familiar y comunitario.</p>	

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

ARTÍCULO 23°. Adscripción de la Población a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Las Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán realizar la adscripción de cada afiliado a su cargo a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) cercano a su lugar de residencia o de trabajo, al cual se le asignará un médico con enfoque familiar y comunitario. El afiliado podrá acceder en todo momento a la atención en otro Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su escogencia.

Parágrafo 1. Las cohortes de pacientes con condiciones de salud que requieran del manejo a cargo de un profesional de la salud en un nivel de mayor complejidad, serán gestionadas en dichas instituciones prestadoras por sus respectivas Gestoras de Salud y Vida, coordinando su monitoreo o atenciones en sus respectivos CAPS.

COMENTARIO: La Gestora es la que realiza la adscripción del usuario al CAPS permitiendo la adecuada gestión del riesgo en salud.

Se eliminan estructuras descentralizadas de manejo de recursos financieros como el comentario anterior.

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. Modificadorio 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 24°. Territorialización del Aseguramiento Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un instrumento técnico para determinar la cantidad y tamaño de las Entidades Gestoras de Salud y Vida que deben operar en cada Territorio de Gestión en Salud, de conformidad con el número de afiliados en cada uno de ellos y las condiciones propias de dichos territorios.

Las Entidades Gestoras en Salud y Vida, podrán operar en uno o varios Territorios de Gestión en Salud, para lo cual deberán contar con la capacidad institucional en cada uno de los municipios que pertenecen a dicho Territorio, de manera que

Se establece la necesidad de que el Aseguramiento Social de Salud y sus gestoras deban estar conforme a la territorialización, de acuerdo a lo definido previamente en este respecto.

	<p>garanticen la gestión individual del riesgo en salud y coordine las intervenciones con los responsables de la gestión de los riesgos poblacionales, colectivos, e individuales en salud y riesgos laborales.</p> <p>En cada uno de los Territorios de Gestión de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deben garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios de salud, mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) para lo cual deberá fortalecerse los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los equipos y servicios extramurales, la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros.</p>	
<p>Artículo 37. Modificadorio 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.”</p>	<p>ARTÍCULO 25°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) se transformarán en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS), las cuales podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.</p> <p>Parágrafo. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán presentar un plan circunscrito a los artículos transitorios en la presente ley, de reconocimiento de sus deudas con prestadores de servicios de salud privados y mixtos, proveedores de tecnologías en salud o farmacéuticos y demás acreencias que haya contraído por cualquier naturaleza. Para el caso de las acreencias con las Empresas Sociales del Estado, en la red pública hospitalaria, este plan deberá estar circunscrito a lo dispuesto por la presente Ley.</p>	<p>Se eliminan las estructuras descentralizadas de manejo de recursos financieros conforme a lo indicado previamente.</p>

Artículo 38. Modificadorio 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 26°. Funciones de las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS). Las Entidades Gestoras de Salud y Vida serán entidades de naturaleza pública, privada o mixta encargadas de gestionar de forma inteligente e indelegable, los riesgos en salud y el riesgo financiero compartido de la población afiliada, articuladamente con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El Estado delegará en estas organizaciones funciones públicas, sin perjuicio de las funciones de rectoría, supervisión, acompañamiento y control directo del Estado. Esta gestión comprende, entre otros elementos:

1. La caracterización periódica de los riesgos de enfermar y morir que tiene cada persona, familia y comunidad a su cargo, de acuerdo con el entorno donde habita e identificar las necesidades en salud y definir los grupos de riesgo de la población afiliada.
2. Representar al afiliado a su cargo.
3. Gestionar el riesgo individual en salud de las personas a su cargo, en coordinación con las Direcciones territoriales de Salud que gestionan el riesgo colectivo.
4. Promocionar el autocuidado, demanda inducida, búsqueda activa de casos sospechosos de condiciones en salud, y de aquella con diagnóstico confirmado de condiciones crónicas y mala adherencia a su seguimiento médico y las demás que sean necesarias de acuerdo con su estado de salud;
5. Determinar la demanda de servicios para la población a cargo y contratar la oferta de prestación de servicios de salud con capacidad instalada suficiente, para el suministro de servicios y tecnologías de salud del territorio.

Queda en las EPS o EGVIS la gestión del riesgo, igualmente siguen gestionando las redes integrales de salud como funciones esenciales del aseguramiento mixto.

6. Conformar, Organizar y articular las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS) en coordinación con las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.

7. Conformar, organizar y articular permanentemente las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con la coordinación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y obtener su habilitación.

8. Concurrir en la evaluación de la calidad de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIISS) y la prestación oportuna de servicios de salud, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

9. Auditar el gasto en salud en las Redes Integrales de Atención en Salud (RIISS) o en los prestadores que atiendan a su población a cargo por fuera de ellas, bajo la normatividad o lineamientos que para estos efectos emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

10. Garantizar las modalidades de prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para atender las necesidades de los afiliados a su cargo, con enfoque diferencial, adaptadas a los contextos socioeconómicos, culturales y sociales de las comunidades, mediante la contratación inteligente de servicios y tecnologías en salud, siempre sobre la base de la dignidad y adecuada experiencia de la atención de las personas.

11. Gestionar el riesgo primario y técnico en su población, en conjunción con sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para lo cual puede hacer uso de incentivos, en marco de sus acuerdos de voluntades, las modalidades de pago existentes y el

Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

12. Buscar la satisfacción y los mejores resultados en salud posibles para las personas afiliadas a su cargo y la protección de la vida, de acuerdo con los principios y lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

13. Gestionar el riesgo financiero en salud de las personas y la población a su cargo, mediante su adecuada gestión del riesgo en salud, la eficiencia en la gestión operativa, la estructuración inteligente de acuerdos de voluntades con los prestadores de salud, gestores farmacéuticos y demás agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

14. 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 vigente.

15. Disponer de un Sistema de Información coordinado con el Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS), para las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil para la atención de inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas, con el fin de ofrecer soluciones efectivas.

Parágrafo. La captura de datos para la caracterización de los riesgos poblacionales deberá contratarse con los Centros de Atención Primaria (CAPS) en donde el usuario está adscrito, cumpliendo con indicadores de cobertura y resultados, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA).

<p>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 SGAT 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.</p>	<p>ARTÍCULO 27°. Habilitación de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. El Gobierno nacional establecerá los requisitos mínimos de habilitación y permanencia para operar el aseguramiento social en salud, que serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia Financiera de Colombia, la cual emitirá la habilitación que autorizará su funcionamiento.</p>	<p>Se dispone de una forma de habilitación coordinada de las redes de salud para evitar posición dominante de las Gestoras y darle al Estado un rol dominante y protagónico.</p>
<p>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."</p>	<p>ARTÍCULO 28°. Sistema de referencia de precios. El Ministerio de Salud y Protección Social construirá un Sistema de referencia de precios que contenga piso y techo y que oriente la contratación, compra y venta de servicios y tecnologías en salud, como herramienta facilitadora de la gestión integral del riesgo entre los actores del Sistema. El sistema considerará variables relacionadas con estructura organizacional, infraestructura, oferta de talento humano en salud, tecnología y calidad de los prestadores de bienes y servicios de la salud.</p>	<p>Se establece un sistema de referencia que permita generar racionalidad en el gasto en el SGSSS.</p>

	<p align="center"><u>CAPÍTULO V.</u></p> <p align="center"><u>PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD</u></p>	
<p>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 entidades tenga un mayor impacto o genere mayor equidad</p>	<p><u>ARTÍCULO 29°. Conformación y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).</u> Con el propósito de lograr el acceso efectivo a servicios de salud por parte de todos los habitantes del territorio nacional, la equidad en salud y la resolutiveidad del Aseguramiento Social en Salud, las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIISS) deberán contar con un componente primario, cuyo eje fundamental serán los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con servicios habilitados de primer nivel de atención en salud, se constituirán como Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá las condiciones y características para la constitución de los CAPS, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).</p> <p><u>Parágrafo 1.</u> Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, bajo los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del proceso de Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), determinarán el número, la ubicación y las</p>	<p>COMENTARIO: -Están en el art 84 del PL del Gobierno.</p> <p>-Mantiene los CAPS pero sin número mínimo o máximo de usuarios, priorizando su implementación en los municipios categorías 5 y 6.</p> <p>Los CAPS son la esencia operativa del modelo de promoción y prevención y Atención Primaria en Salud. Se consideran como el elemento operativo del componente primario de las redes integrales e integradas de servicios de salud y deben estar articulados</p>

	<p><u>características de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos interdisciplinarios de atención primaria en salud (EPAS) que deberán existir en los Territorios de Gestión de Salud. Todos los territorios tendrán un promotor designado para un determinado número de familias.</u></p> <p>Parágrafo 2. <u>Los CAPS y los EPAS se implementarán progresivamente con prioridad en los municipios de categorías 5 y 6 y en zonas donde existan brechas de desigualdad en salud.</u></p>	<p>de forma coordinada con las Gestoras.</p>
--	---	--

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 país mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán en la cuantía necesaria con los recursos del

ARTÍCULO 30°. Atenciones de los Centros de Atención Primaria en salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en coordinación con los Equipos interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), deberán garantizar, como mínimo, los siguientes servicios:

1. Recolección de información para la caracterización de riesgos de salud individuales, familiares, poblacionales, comunitarios, de acuerdo con el entorno donde habita e identifica las necesidades en salud de la población.
2. Consulta médica de urgencias y ambulatoria resolutive.
3. Gestión clínica del riesgo en salud para las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Riesgos Cardiovasculares y Metabólicos y de Riesgos Materno-Perinatales o aquellas que según la caracterización poblacional sean priorizadas.
4. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de acuerdo al comportamiento epidemiológico del territorio.

Parágrafo. De acuerdo al enfoque intercultural los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), trabajarán articuladamente con las agrupaciones de parteras, conforme a la Ruta Integral de Atención de Salud Materno-Perinatal.

COMENTARIO:
-Están en el art 84 del PL del Gobierno.

Se eliminan estructuras descentralizadas de manejo de los recursos por lo expuesto arriba.

~~Presupuesto General de la Nación a fin
de garantizar la plena cobertura de la
seguridad social pública y universal.~~

<p>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</p>	<p>ARTÍCULO 31°. Habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los criterios y estándares para la habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), con enfoque diferencial y territorial, atendiendo a las necesidades y condiciones socio-económicas y culturales particulares de cada territorio y sus comunidades. Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales realizarán la habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo el marco de lo dispuesto por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).</p>	<p>Debido a su enfoque en atención primaria en salud, es necesaria una lógica de habilitación diferencial.</p>
--	---	--

~~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 32°. Conformación y Funcionamiento de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS). Los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en salud (EPAS) tendrán vocación extramural y estarán coordinados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), articuladamente con las Gestoras de Salud y Vida y la gestión integral del riesgo en salud de los individuos y comunidades. Contarán con promotores de salud que tendrán un grupo de la personas y familias a su cargo, realizarán la recolección de los datos primarios para la identificación y caracterización de los riesgos en salud individuales y colectivos, actividades de promoción de la salud y atenciones básicas en salud. Además, los promotores de salud activarán al resto del equipo a necesidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá desarrollar los lineamientos técnicos para la conformación y operación de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), dentro del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, los elementos de uso eficiente de los recursos y evaluación de resultados dentro de los seis meses siguientes a la sanción de la presente Ley.

Los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) deberán interactuar y funcionar articuladamente con otros sectores sociales para la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud. Para tales efectos, los demás sectores sociales podrán complementar estos equipos con perfiles de técnicos, tecnólogos y profesionales necesarios para abordar los Determinantes Sociales de la Salud. Las Entidades Territoriales propenderán por esta articulación, de forma efectiva y eficiente.

COMENTARIO:
Crea los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS). Son la base de talento humano en salud del modelo de promoción y prevención y Atención Primaria en Salud. Deben articularse con otros sectores para abordar los determinantes sociales de la salud.

Se continua la eliminación de las estructuras descentralizadas de manejo de recursos financieros conforme a lo expuesto arriba.

Parágrafo. La implementación progresiva de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), en el marco de la constitución de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se priorizará las zonas rurales con población dispersa y aquellos lugares donde existan brechas de desigualdad en salud.

~~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 33°. Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales de Servicios de Salud podrán ser prestados por instituciones públicas, privadas o mixtas.

Los servicios en materia de promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se garantizarán por las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) con la suficiencia técnica y administrativa necesarias.

La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), las cuales se conformarán y gestionarán 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.

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico y las prioridades del Plan Territorial de Salud, deben conformar las RIISS, articulando los servicios primarios y complementarios tanto públicos como privados.

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida deben garantizarle a su población a cargo los servicios y tecnologías necesarios para atender sus riesgos en salud, mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), en los lugares donde sus afiliados a cargo habitan, estudian o trabajan, con sujeción a las normas que regulan la garantía de portabilidad, así como la totalidad de los servicios primarios en el nivel municipal y complementarios en el nivel municipal o departamental. En caso de no contar con la totalidad de los servicios en el ámbito municipal

COMENTARIO:
Es el capítulo VII del PL del Gobierno, artículo 76

Se establecen los componentes de las redes integrales e integradas, de acuerdo a la lógica de un aseguramiento mixto.

por falta de oferta, deberá garantizarlo en los municipios inmediatamente contiguos.

Parágrafo 1. Para el caso de servicios de salud sub-especializados con oferta limitada, estos podrán garantizarse en el nivel de Territorios de Gestión en Salud o excepcionalmente, en el nivel nacional.

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 34°. Conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

Todos los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) deberán pertenecer a una (RIISS) para poder ofertar servicios al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Un Prestador de Servicios podrá pertenecer a dos o más RIISS. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud estarán conformadas por los siguientes componentes, como mínimo:

1. Componente primario, a través de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y servicios de urgencias médicas y odontológicas.
2. Servicios especializados ambulatorios.
3. Servicios de hospitalización general o especializados, incluyendo hospitalización domiciliaria.
4. Servicios de rehabilitación y apoyo terapéutico.
5. Servicios de laboratorio y apoyo diagnóstico.
6. Laboratorios de salud pública.
7. Servicios de dispensación y entrega de medicamentos, dispositivos médicos.

Parágrafo. El componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, a través de los CAPS, estará en el ámbito municipal y rural. El componente de mediana y alta complejidad se desarrollará principalmente en el ámbito subregional y departamental, dentro de los Territorios de Gestión de Salud. Excepcionalmente, en función de la disponibilidad del talento humano idóneo, las capacidades instaladas y la situación epidemiológica, los Territorios de Gestión de Salud podrán acordar la prestación de servicios complementarios sub-especializados en un Departamento continuo.

Se establecen los componentes de las redes integrales e integradas, de acuerdo a la lógica de un aseguramiento mixto.

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 e

ARTÍCULO 35°. Habilitación 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.

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 36°. Condiciones para la Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud se habilitarán para un Territorio de Gestión de Salud, por el Ministerio de Salud y Protección Social fundamentado el aval que otorguen las respectivas direcciones Departamentales y Distritales que pertenezcan al territorio de gestión en salud, previa concertación de la

Se establecen los componentes de las redes integrales e integradas, de acuerdo a la lógica de un aseguramiento mixto.

conformación de las redes de servicios de salud de su jurisdicción en coordinación con las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS).

Parágrafo 1. Entre tanto el Ministerio de Salud y Protección Social no realice la habilitación de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud de una Entidad Gestora de Salud y Vida para el Territorio de Gestión de Salud, esta Entidad podrá operar transitoriamente en la jurisdicción de los Departamentos o Distritos del Territorio de Gestión de Salud, previo aval de su red de servicios por las respectivas Direcciones Departamentales y Distritales.

Parágrafo 2. Para la habilitación de las redes el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tendrá máximo seis (6) meses para actualizar y habilitar las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de las Entidades Gestoras de Salud y Vida para los Territorios de Gestión de Salud, y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, tendrán seis (6) meses para conformar las redes cada Entidad Gestora de Salud y Vida, a partir de la presentación de su propuesta de red.

<p>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 - SPUIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.</p>	<p>ARTÍCULO 37°. Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. <u>El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud generarán 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) tanto de las Gestoras de Salud y Vida como del Modelo de Aseguramiento Público, el cual estará bajo el marco del Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS).</u></p> <p><u>El Sistema de Monitoreo de las RIISS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y prestarán especial atención a los siguientes componentes:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. Seguimiento a cohortes de riesgo.</u> <u>2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).</u> <u>3. Efectividad de la Atención en Salud.</u> <u>4. Cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud.</u> <p><u>El Sistema de Monitoreo deberá generar alertas tempranas que permitan actuar oportunamente por parte de los distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), evitando la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.</u></p>	<p>Este artículo propuesto le da mayor capacidad al Estado para coordinar la gestión integral del riesgo.</p> <p>Se continúan eliminando estructuras descentralizadas de manejo de recursos y gestión del riesgo por considerarlas ineficientes, atomizando la gobernanza del sistema.</p>
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 38°. Resultados en Salud en la gestión de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). <u>Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de las Gestoras de Salud y Vida y el Aseguramiento Social en salud por parte del Estado deberán estar basadas en 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</u></p>	<p>Se establecen los componentes de las redes integrales e integradas, de acuerdo a la lógica de un aseguramiento mixto, con un enfoque en resultados para mejorar la eficiencia y el cumplimiento de los objetivos del</p>

	<p><u>Social definirá los lineamientos y el aplicativo para tal fin.</u></p>	<p>sistema de salud y la garantía del derecho fundamental a la salud.</p>
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 ya establece las condiciones de la garantía del derecho en Colombia.</p>

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 ya establece las condiciones de la garantía del derecho en Colombia.</p>
---	--------------------------	--

<p>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</p>	<p>Lo modifica en otro artículo</p>	<p>Se ajusta en otros artículos para hacer el proyecto coherente.</p>
--	-------------------------------------	---

<p>Artículo 54. Entidades Promotoras de Salud. Las entidades promotoras de salud que cumplan las disposiciones técnicas que establece esta ley y las normas de inspección, vigilancia y control podrán ejercer las siguientes actividades entre _____ otras:</p> <p>1. Crear y administrar Centros de Atención Primaria en Salud de los territorios asignados después de la territorialización dispuesta en esta ley.</p> <p>2. Administrar los sistemas de referencia y contrarreferencia de las personas vinculadas a sus Centros de Atención Primaria _____ en _____ Salud.</p> <p>3. Realizar o ejecutar las auditorías contratadas que requiera el Sistema de Salud.</p>	<p>Se modifica</p>	<p>Se modifica y se establece en los artículos relacionados con el modelo mixto de aseguramiento social en salud y transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida.</p>
<p>CAPITULO VI. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – ISE</p>		
<p>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.</p>	<p><u>ARTÍCULO 39°. Transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) a Instituciones de Salud del Estado (ISE).</u> <u>La prestación de servicios de salud por parte de la red pública hospitalaria, incluidos los Centros de Atención Primaria en Salud públicos, tendrán carácter social, para lo cual las Empresas Sociales del Estado (ESE) se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Éstas se constituirán en una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa,</u></p>	<p>COMENTARIO: Desarrolladas en el capítulo VI del PL del gobierno. Quedan esencialmente iguales. Art 55</p> <p>Las Gestoras son entidades distintas a las EPS por todo el arreglo y funciones determinadas en el proyecto de</p>

	<p>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.</p>	<p>ponencia propuesto.</p>
<p>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.</p> <p>Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.</p>	<p>ARTÍCULO 40°. 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.</p> <p>Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan <u>y el marco legal correspondiente.</u></p>	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente.</p>

<p>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.</p> <p>Para determinar las tipologías y niveles de las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se deberán tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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</p>	<p>ARTÍCULO 41°. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se agruparán por <u>prestadores primarios y prestadores complementarios,</u> y operarán en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), en los términos definidos en la presente ley.</p> <p>Para determinar las tipologías y niveles de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se deberán tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La relación geográfica entendida como la cercanía al lugar de residencia y los entornos de la población. 2. La caracterización <u>socio-</u>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. <p><u>Parágrafo 1.</u> <u>El Ministerio de Salud y Protección Social</u> reglamentará las tipologías y niveles de complejidad y clasificará las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de acuerdo con este reglamento.</p>	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente.</p>
---	---	---

<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Parágrafo 2. 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 <u>del Aseguramiento Social en Salud</u> 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 configurados en red, creados por ordenanzas, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el sistema de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud <u>(RIISS)</u>.</p> <p>Parágrafo 3. La creación de nuevas 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.</p>	
<p>Artículo 58. Régimen jurídico. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se someterán al siguiente régimen jurídico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>ARTÍCULO 42º. Régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se someterán al siguiente régimen jurídico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente y específico.</p>

las entidades territoriales.

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

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.

Parágrafo. Aquellos establecimientos públicos creados por la Ley, Asambleas Departamentales, Consejos Distritales o Municipales, que estén adscritos a Ministerios, Departamentos, Distritos o Municipios que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental, serán considerados como Instituciones de Salud del Estado (ISE), con denominación de "Instituciones de Salud Ambiental Estatal (ISAE)"

~~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.~~

Se elimina

Se considera un riesgo de ineficiencia.

~~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.~~

Se elimina

Se elimina por ser un incentivo de ineficiencia.

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Se elimina por ser un incentivo de ineficiencia.</p>
<p>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 integradas.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Se elimina por estar en la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 43°. Régimen de contratación de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). <u>Las Instituciones de Salud del Estado - ISE</u> 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.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de negociación 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.</p>	<p>Se ajusta para hacerlo más específico.</p>
<p>Artículo 64. Órganos de dirección y administración. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo</p>	<p>ARTÍCULO 44°. Órganos de dirección y administración. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado</p>	<p>Igual</p>

<p>de un Consejo Directivo y de un director.</p>	<p>(ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.</p>	
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> <p>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</p>	<p>ARTÍCULO 45°. Integración del Consejo Directivo. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de orden territorial estará integrado de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> <p>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),</p>	<p>igual</p>

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, entendiéndose que se hacen extensivas a las Instituciones Hospitalarias Estatales – ISE, las que correspondían a las Empresas Sociales del estado.

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, entendiéndose que se hacen extensivas a las Instituciones Hospitalarias Estatales (ISE), las que correspondían a las Empresas Sociales del estado.

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

ARTÍCULO 46°. 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. **Para ser** 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 **tres (3)** 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 **dos (2) años** 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.

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.

5. Para ser 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. Para ser 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.

Parágrafo. 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.

<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 47°. Provisión del empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). 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</p>	<p>igual</p>
---	--	--------------

determine el Ministerio de Salud y
Protección Social.

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 48°. 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>igual</p>
<p>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</p>	<p>ARTÍCULO 49°. Causales especiales de retiro del director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). 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 de 2011, que se entenderá aplicable en reemplazo de las Empresas Sociales del Estado a las Instituciones de Salud del</p>	<p>igual</p>

	<p>Estado (ISE) de que trata la presente Ley y demás normas que la modifiquen o sustituyan.</p>	
<p>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:</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	

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,

Se elimina

Se elimina por ser un incentivo de ineficiencia.

~~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.~~

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Son normas especiales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, las siguientes:</p> <p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 50°. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (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 pertinentes y complementarias.</p> <p>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.</p> <p>Son normas especiales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes:</p> <p>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.</p>	<p>igual</p>
---	--	--------------

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>
--	--

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.

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

ARTÍCULO 51°. Derechos de permanencia de los servidores en las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

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

igual

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Parágrafo 4. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos para los trabajadores estatales de la salud que laboren en zonas con población dispersas y de difícil acceso.</p>	
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Se considera de carácter reglamentario y no de marco legal.</p>

<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 52°. Entidad de Salud del Estado Itinerante (Hospital Itinerante). Para las zonas alejadas <u>y con población dispersa y de difícil acceso podrán</u> operar <u>instituciones prestadoras de salud de naturaleza públicas, privadas o mixtas bajo la figura de</u> Hospital Itinerante, que <u>prestará</u> atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y de las Patrullas Aéreas Colombianas <u>y otras Entidades u organizaciones públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tales fines.</u></p>	<p>Lo modifica, eliminando los beneficios tributarios para pilotos particulares.</p> <p>Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.</p>
<p>CAPÍTULO VII. REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD-RISS</p>	<p><u>CAPÍTULO VI</u> <u>TALENTO HUMANO EN SALUD</u></p>	

~~**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 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~~

ARTÍCULO 53°. Política Nacional de Talento Humano en Salud (THS). El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, actualizará de manera integral e iniciará la implementación completa de la Política Nacional de Talento Humano en salud, la cual debe incluir como mínimo:

1. Las directrices para que los modelos de educación, formal y continuada, del Talento Humano en Salud, se ajusten al desarrollo de competencias requeridas para garantizar en forma progresiva el derecho a la salud previsto en la Ley Estatutaria de salud.
2. Desarrollar modelos y programas de formación continuada del THS que garanticen el mantenimiento de la competencia del THS en el tiempo.
3. Establecer mecanismos de política pública para ajustar la oferta del THS a los cambios en la demanda de servicios de salud.
4. Determinar incentivos para el disminuir las inequidades de perfiles asistenciales en los territorios.
5. Establecer políticas de salud para reducir las brechas de Talento Humano en Salud capacitados y distribuidos de manera adecuada, para lograr la salud universal, de calidad y equitativa.
6. Limitación y eventualmente eliminar las relaciones laborales inestables y altamente intermediadas del Talento Humano en Salud.

Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.

~~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 médico-científico y ético para la toma de decisiones de acuerdo al 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.~~

<p>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 Redes integrales e integradas de servicios de salud.</p>	<p>ARTÍCULO 54°. Necesidades estratégicas del talento humano en salud. <u>En el marco de la Política Nacional de Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las necesidades estratégicas de Talento Humano en Salud para el país, cada cuatro años, las cuales deberán ser abordadas de forma armónica y coordinada con el Ministerio de Educación Nacional y las instituciones de educación superior e instituciones de educación para el trabajo y las demás que correspondan.</u></p> <p>Parágrafo. <u>Dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, se realizará el diagnóstico de las necesidades estratégicas de talento humano en salud que se requiere a nivel nacional.</u></p>	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.</p> <p>Se elimina redacción de adscripción pues se contempla en los articulados de esta ponencia.</p>
---	---	--

Artículo 78. Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud - RIIS.

El Ministerio de salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las RIIS, 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 55°. Observatorio de Talento Humano en Salud.

El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, adelantará la reorganización del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), de manera que este se desarrolle como una iniciativa de cooperación entre varios sectores y organizaciones para mejorar las decisiones políticas en materia de THS, para el intercambio de información y desarrollo de capacidades para mejorar el desarrollo del personal sanitario. El OTHS deberá tener como principales funciones:

1. La consolidación de información sobre el Talento Humano en Salud en materia de educación

2. El análisis y la obtención de pruebas sobre la dinámica del mercado laboral

3. La identificación de las cuestiones clave de la política de Talento Humano en Salud.

4. La revisión y perfeccionamiento de los sistemas de información y seguimiento del Talento Humano en Salud, incluidos los indicadores clave y los métodos para compartir datos

5. La implementación de métodos para el análisis de la oferta y la demanda del Talento Humano en Salud, entre otras.

Parágrafo. Estarán obligados a reportar información al OTHS, para el cumplimiento de sus funciones: el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, las Instituciones de Educación Superior e instituciones de educación para el trabajo que tengan programas vigentes de formación del Talento Humano en Salud, las Empresas Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los apoyos logísticos en tecnologías en salud y gestores farmacéuticos y en general cualquier institución de cualquier nivel relacionado con la dinámica del

Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.

Se elimina lo relativo a RIIS pues queda contenido en lo dispuesto por esta ponencia.

Talento Humano en Salud del país, en la forma y condiciones que determine el Gobierno Nacional.

<p>Artículo 79. Organización y Conformación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud de 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.</p> <p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 56°. Incentivos para la suficiencia y redistribución del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, y con base en el diagnóstico estratégico, 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, para lo cual podrán hacer uso de los subsidios de oferta.</p> <p>Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria y el Modelo de Atención Diferencial, especialmente aquellos de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria (EPAS) y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, pandemias, epidemias u otros.</p>	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.</p> <p>Se elimina lo relativo a RIIS pues queda contenido en lo dispuesto por esta ponencia.</p>
--	---	---

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 57°. Formalización del Talento Humano en Salud. La formalización del THS corresponde a la vinculación de éste 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 THS 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 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.

Parágrafo 1. 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 iniciar un proceso progresivo de formalización laboral que deberá tomar máximo tres (3) años, para lo cual podrán crear plantas temporales para la vinculación del personal que labora permanentemente en la institución, de acuerdo con las prioridades que identifiquen.

Parágrafo 2. El Estado dispondrá los recursos necesarios para la formalización de la planta misional de trabajadores de la salud de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) dentro de los siguientes doce (12) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley,

Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.

Se elimina lo relativo a la prestación de los servicios de salud pues queda contenido en lo dispuesto por esta ponencia.

priorizando las instituciones de los municipios categoría 4, 5 y 6.

Parágrafo 3. 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.

<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 58°. 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 intuitu personas. 3. En la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera independiente. 	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.</p> <p>Se elimina lo relativo a servicios farmacéuticos pues queda contenido en lo dispuesto por esta ponencia.</p>
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 59°. Pago digno, justo y oportuno para los trabajadores de la salud. 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</p>	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.</p> <p>Se elimina lo relativo a la atención prehospitalaria pues parte de una lógica de aseguramiento Estatal.</p>

	<p><u>de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, factura o documento que haga las veces o equivalente.</u></p>	
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 60°. Garantías para el suministro de los medios de labor. <u>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.</u></p>	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.</p> <p>Se elimina lo relativo a la adscripción pues queda contenido en lo dispuesto por esta ponencia.</p>

<p>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 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</p>	<p>ARTÍCULO 61°. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. <u>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.</u></p> <p><u>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.</u></p> <p><u>Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas al 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.</u></p> <p>Parágrafo. <u>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.</u></p>	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.</p> <p>Se elimina lo relativo a APIRS y las RISS de la ponencia de gobierno pues queda contenido en lo dispuesto por esta ponencia.</p>
--	--	--

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 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 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

<p>políticas y reglamentación de dichos servicios.</p> <p>4. Promover la identificación plena de las familias, para que puedan acceder a los servicios de salud.</p> <p>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.</p> <p>6. Facilitar la prestación de los servicios de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>7. Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria.</p> <p>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.</p> <p>Lo anterior conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>		
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 62°. Formación de médicos especialistas por parte de instituciones prestadoras de salud. <u>Los hospitales universitarios públicos, privados y mixtos, podrán formar especialidades médicas, en convenio con instituciones de educación superior, de conformidad con las condiciones que determinen los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional.</u></p>	<p>Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.</p> <p>Se elimina lo relativo a gestión de servicios sanitarios pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>

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 resolutive 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 remitora. 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 63°. 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.

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 cada región y población del país.

Parágrafo 1. Los beneficiarios nacionales y extranjeros de becas de residencias médicas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.

Parágrafo 2. 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.

Se ajusta para hacerlo más pertinente, eficiente y técnicamente viable.

Se elimina lo relativo al sistema de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.

CAPÍTULO VII
POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE
INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN
SALUD

<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 64°. Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud. El Gobierno Nacional reglamentará una política con visión estratégica de largo plazo de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, liderada conjuntamente por el Ministerio de Salud de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, la cual deberá contemplar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de capacidades científicas del país y el talento humano. 2. Desarrollo y fomento a la investigación en ciencias básicas y avanzadas, priorizando las primeras. 3. Generación de redes de conocimiento para la innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud. 4. Industrialización nacional en salud y transferencia de tecnología y conocimiento, con el objetivo de la producción a pequeña, mediana y gran escala de tecnologías en salud en el país, la cual deberá estar acorde con la mejor evidencia científica disponible. 5. De acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la autonomía médica, El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) utilizará tecnologías de 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. 6. Mecanismos de financiación sostenible para las tecnologías innovadoras y rutas diferenciales para el estudio de su evidencia, con enfoque en la evaluación y reconocimiento del valor terapéutico de las tecnologías innovadoras en salud con criterios diferenciales. 	<p>Artículo nuevo para actualizar la política de innovación en salud.</p> <p>Se elimina lo relativo al artículo 87 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>
--	---	--

~~**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 Médica. 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~~

ARTÍCULO 65°. Interoperabilidad de sistemas para la trazabilidad de la prescripción médica. 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 (SGSSS), para lo cual, implementará un sistema de información que garantice la trazabilidad nominal de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud, el cual deberá ser interoperable con el Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS) Igualmente, deberá ser unificado e interoperable con los sistemas propios de información de los actores del SGSSS.

Parágrafo. El Gobierno Nacional dispondrá de los recursos financieros necesarios para el desarrollo de este sistema, el cual podrá ser operado por agentes especializados en la materia.

Artículo nuevo para actualizar la política de innovación en salud.

Se elimina lo relativo al artículo 88 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.

~~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 66°. Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD).

Créese el Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD), como organismo autónomo con personería jurídica propia, que se regirá por estatutos constitutivos que reglamentarán su funcionamiento, del orden nacional, vinculado al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tendrá como su domicilio principal la ciudad de Bogotá, D.C., y podrá establecer subsidiarias, sucursales y agencias en el territorio nacional y en el exterior.

El INSALUD tendrá por objetivo la investigación, el desarrollo, la producción en sus distintas fases y la distribución de tecnologías de salud estratégicas para la soberanía sanitaria del país, especialmente vacunas y medicamentos genéricos, en el marco de la Política de Innovación y Desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud.

Se faculta al Presidente de la República para reglamentar la constitución del INSALUD con participación de la Nación y de capital privado nacional o extranjero. En caso de no obtenerse la integración de capital privado, el INSALUD podrá constituirse solamente con aportes de la Nación.

Parágrafo. Independientemente del capital de constitución, el INSALUD podrá realizar alianzas estratégicas con el sector público, privado o mixto, académico, de la industria farmacéutica u otro sector, para el logro y cumplimiento de sus objetivos. De igual manera, propenderá por los más altos estándares técnico-científicos para la investigación y manufactura, además de la eficiencia administrativa conforme con las mejores prácticas de gobierno corporativo.

Crea el Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD).

Se elimina lo relativo al artículo 89 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.

~~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 Médica. 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 67°. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y bajo el marco de la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos, fortalecimiento de la ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos, regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptadas y adaptadas a la entidad.

Se elimina lo relativo al artículo 90 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.

<p>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 resolutoria del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. 5. Evaluación periódica de la satisfacción de los 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</p>	<p>ARTÍCULO 68°. Del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) del instituto de evaluación tecnológica en salud-IETS. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS, entidad descentralizada indirecta o de segundo grado del orden nacional seguirá siendo una entidad independiente en el ámbito técnico y administrativo. Le corresponderá al Gobierno Nacional, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, cubrir los gastos de funcionamiento e inversión del IETS para lo cual este Ministerio deberá destinar y transferir los recursos necesarios de su presupuesto. El IETS adelantará de manera exclusiva e independiente las evaluaciones de tecnología en materia de salud que se considerarán de referencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo en cuenta criterios cualitativos y cuantitativos que permitan una evaluación holística y justa de cualquier tecnología de salud, conforme a lo establecido en el artículo 93 de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>Parágrafo. El IETS podrá contratar con el sector privado, público y mixto, en el marco del desarrollo de su objeto.</p>	<p>Artículo nuevo para actualizar la política de innovación en salud.</p> <p>Se elimina lo relativo al artículo 91 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>
<p>CAPITULO VIII. MODELO DE ATENCIÓN</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Para hacer más coherente el texto de ponencia.</p>

<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 69°. Regulación de Precios de Medicamentos. <u>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.</u></p> <p><u>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.</u></p> <p><u>La referenciación internacional deberá ser la base para la fijación de precios en el país. El precio de referencia nacional (PRN) será utilizado solo como referencia, 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. La regulación de precios aplicara para el canal comercial y el institucional.</u></p>	<p>Artículo nuevo para actualizar la política de innovación en salud.</p> <p>Se elimina lo relativo al artículo 92 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>
--	---	--

~~**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 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~~

ARTÍCULO 70°. Políticas de Estado para la soberanía y seguridad farmacéutica. Tanto la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, como la Política para el acceso de Medicamentos, Insumos y Tecnologías de salud serán políticas de Estado para garantizar la seguridad farmacéutica.

Artículo nuevo para actualizar la política de innovación en salud.

Se elimina lo relativo al artículo 93 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.

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 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.

CAPÍTULO VIII
FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

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 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~~

ARTÍCULO 71°. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

La ADRES tiene por objeto garantizar el recaudo, el adecuado flujo, la administración y control de los recursos que financian el Sistema de Salud.

Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud:

1. Recaudar 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); recaudar y administrar los recursos de Coljuegos con destinación a ciencia y tecnología en salud y todos los demás recursos previstos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los cuales confluirán en la Entidad.

2. Gestionar el recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley, dentro del esquema de unidad de caja con situación de fondos y bajo condiciones óptimas de manejo de cuentas bancarias, de manera que se logre optimizar costos de transacción sin que esto represente riesgos de contraparte. 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.

3. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la Atención Primaria en Salud, el adecuado funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria (EPAS) y cuando se establezcan subsidios de oferta.

4. Administrar los recursos del Sistema y del Fondo de Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo previsto en el presente artículo.

Artículo 22 del PL del Gobierno, con modificación.

~~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 resolutive posible en los Centros de Atención Primaria.

5. Administrar los recursos que el Gobierno Nacional determinará una fuente para financiar los servicios sociales complementarios en salud.

6. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, para lo cual deberá establecer un sistema de información interconectado con la factura electrónica de venta para el sector salud, donde se tendrá en cuenta, entre otras variables, las fechas de expedición, radicación y aceptación de la factura, para contribuir a mejorar los indicadores de cartera.

7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.

9. Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas a entidades gestoras de salud y vida de forma aleatoria. 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.

10. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales y Entidades Gestoras de Salud y Vida.

11. Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas y conceptos definidos en la presente ley.

12. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

13. Administrar la información propia de sus operaciones.

Parágrafo 1. A partir de las verificaciones, la entidad deberá generar análisis y notificará al Ministerio de Salud y Protección Social de cualquier evento atípico o situación de alarma que pueda poner en riesgo los recursos del sistema, su sostenibilidad y por ende el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

Parágrafo 2. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) dispondrá de lo necesario para generar análisis sobre el gasto en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus agentes, actual y proyectado a futuro. Con base en esto, generará recomendaciones de política pública y sostenibilidad de la financiación del Sistema.

<p>Artículo 95. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados. Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados de las instituciones prestadoras de salud debidamente habilitadas se prestarán mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>ARTÍCULO 72°. Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la cual será reconocida mensualmente a cada entidad Gestora de Salud y Vida y al modelo de aseguramiento diferencial por cada una de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La UPC tendrá dos componentes fijos para cubrir la atención en salud de la población asegurada y sus prestaciones sociales y los gastos administrativos necesarios para la gestión de la Entidad Gestora de Salud y Vida y un componente variable como reconocimiento a la adecuada gestión de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, evidenciado en indicadores de resultados en salud, entre otros. El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar adecuadamente el Plan Único de Beneficios en Salud (PUBS), ajustada a los riesgos de salud de la población y otras condiciones de acuerdo con lo establecido en la presente Ley.</p> <p>Parágrafo. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Estado deberá concurrir con recursos financieros para asumir el riesgo financiero derivado de la misma.</p>	<p>Artículo nuevo que permite un nuevo arreglo financiero del sistema de salud con una UPC mejor calculada.</p> <p>Se elimina lo relativo al artículo 95 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>
<p>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</p>	<p>ARTÍCULO 73°. Cálculo del componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales. Está destinado a la atención en salud y las prestaciones sociales; corresponde a los valores mínimos necesarios por</p>	<p>Artículo nuevo que permite un nuevo arreglo financiero del sistema de salud con una UPC mejor calculada.</p>

<p>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.</p>	<p><u>cada usuario para garantizar los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho en el Sistema. Se sustentará en estudios técnicos, considerando ajustadores de riesgo para cada Entidad Gestora de Salud y Vida, en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, la densidad poblacional, las condiciones epidemiológicas, de riesgo en salud y socioeconómicas de la población, el costo de las tecnologías en salud, el comportamiento de la inflación, la referenciación internacional del gasto en salud, entre otros. El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos a tres años.</u></p>	<p>Se elimina lo relativo al artículo 96 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 74°. Componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación para los gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. <u>Se destinará un porcentaje del valor total calculado de la UPC para los gastos administrativos necesarios para la adecuada gestión del riesgo en salud y financiera de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual será girado a cada Entidad Gestora de Salud y Vida, de acuerdo con su población a cargo, según corresponda. Este porcentaje será calculado a partir de un estudio hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social y en ningún caso sobrepasará el 7% del valor total de la UPC.</u></p>	<p>Artículo nuevo que permite un nuevo arreglo financiero del sistema de salud con una UPC mejor calculada.</p> <p>Se elimina lo relativo al artículo 97 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>

~~**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 75°. Cálculo del componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), corresponde al valor que se reconocerá a cada Entidad Gestora de Salud y Vida por la adecuada gestión del riesgo de cada uno de los afiliados Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a su cargo.

El Componente Variable de la UPC alcanzará hasta el 3% del valor total calculado de la UPC, teniendo en cuenta como mínimo los siguientes criterios: (i) Satisfacción de los Usuarios, (ii) el cumplimiento de indicadores de resultados en salud, (iii) la estabilidad y eficiencia en el manejo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), (iv) Calidad y oportunidad en el reporte de la información al sistema (v) agilidad y oportunidad en la auditoría y o autorización para la realización de giros por parte de la ADRES.

El Ministerio de Salud y Protección Social formulará una metodología de cálculo y reconocimiento del Componente Variable de la UPC, con base en la evolución de cada criterio y sus indicadores, el cual reconocerá un mayor valor a las Entidades Gestoras de Salud y Vida que presentan mejores resultados en dichos criterios y sus indicadores, frente a un menor valor para aquellas que presenten los resultados más bajos.

El Ministerio de Salud y Protección Social presentará el resultado de la aplicación de la metodología de cálculo del Componente Variable de la UPC para cada Entidad Gestora de Salud y Vida al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud antes de finalizar el año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la vigencia siguiente.

Artículo nuevo que permite un nuevo arreglo financiero del sistema de salud con una UPC mejor calculada.

Se elimina lo relativo al artículo 98 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.

	<p><u>Parágrafo.</u> El componente variable de la UPC no se aplica al Aseguramiento Social en Salud por parte del Estado.</p>	
<p>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).</p>	<p>ARTÍCULO 76°. Implementación del Cálculo de la UPC con el componente fijo y variable. <u>El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, realizarán un estudio técnico a profundidad con los criterios para el cálculo de la UPC dispuestos por esta Ley, el cual debe ser completado antes de los siguientes doce (12) meses luego de la sanción de la presente Ley. El estudio será presentado al Consejo Nacional de Salud, el cual emitirá sus recomendaciones; con base en lo anterior se adoptará el nuevo cálculo por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).</u></p>	<p>Artículo nuevo que permite un nuevo arreglo financiero del sistema de salud con una UPC mejor calculada.</p> <p>Se elimina lo relativo al artículo 99 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>

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 77°. Flujo de los recursos financieros del Aseguramiento Social en Salud. La ADRES efectuará directamente el giro de los recursos para la prestación de los servicios y tecnologías en salud contratados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, en los casos en que se realice la provisión directa. Para la realización de los giros, la ADRES en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá establecer un sistema de información interconectado con la factura electrónica de venta para el sector salud, donde se tendrá en cuenta, entre otras variables, las fechas de expedición, radicación y aceptación de la factura, para contribuir a mejorar los indicadores de cartera.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología y los mecanismos de auditoría financiera al giro de los recursos del sistema, bajo los principios de transparencia, eficiencia, y oportunidad. Para estos mecanismos de auditoría de los recursos de la salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida concurrirán con la validación de la información, facturas y pagos a efectuar.

Parágrafo 2. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) pagará el 70% del valor a girar de los servicios de salud y tecnologías en salud, al presentar la factura con requisitos completos ante la Entidad Gestora de Salud y Vida, reservando el 30% restante a la finalización de la revisión y auditoría de estas prestaciones.

Cambios en el giro directo

Artículo nuevo que permite un nuevo arreglo financiero del sistema de salud, permitiendo el giro directo, lo que evita la gestión de estos recursos por el aseguramiento privado.

Se elimina lo relativo al artículo 100 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.

<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 78°. Sobre los excedentes y suficiencia del componente fijo de la UPC. <u>Los excedentes anuales, si los hubiere, de la cuenta individual de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, del componente fijo de la unidad de pago por capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales, se mantendrán para la siguiente vigencia fiscal la misma destinación para garantizar a los usuarios los beneficios definidos por el sistema. En ningún caso estos recursos remanentes pertenecerán o serán girados a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.</u></p>	<p>Artículo nuevo que permite un nuevo arreglo financiero del sistema de salud con una UPC mejor calculada.</p> <p>Se elimina lo relativo al artículo 101 de la ponencia del Gobierno de referencia pues está bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>
	<p>ARTÍCULO 79°. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. <u>Con el objetivo de prever el registro de posibles gastos por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, constituirán las respectivas reservas técnicas y contabilizarán los ingresos sin situación de fondos y los gastos de acuerdo con la naturaleza de la operación.</u></p> <p><u>La ADRES constituirá el régimen de inversión de la reserva técnica de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, con los recursos que se manejan en la cuenta de atención en salud de cada Entidad. En Los rendimientos financieros que se llegaren a generar permanecerán en la misma cuenta de atención en salud, con excepción a los que deban transferirse para el financiamiento del Fondo de Garantías en Salud.</u></p>	

ARTÍCULO 80°. Suficiencia Patrimonial de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Con el objetivo de asegurar la adecuada gestión en salud de su población afiliada, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una suficiencia patrimonial para respaldar el gasto en salud frente a un eventual exceso de siniestralidad, cuando se supere una ejecución del 100% de la UPC calculada suficientemente y dicha sobrejecución resulte de una inadecuada gestión de la población, de conformidad con los indicadores definidos por el MSPS.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público elaborarán, dentro de los siguientes dieciocho (18) meses posterior a la sanción de la presente Ley, un estudio técnico para definir la suficiencia patrimonial de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, articuladamente con el estudio de cálculo de la UPC con criterios aquí contenidos y reglamentará el cálculo y lineamientos para la constitución de los recursos líquidos que estas entidades deberán mantener en sus activos. El cálculo de este patrimonio podrá alcanzar hasta el 3% de los recursos de la UPC establecidos para cada Entidad Gestora de Salud y Vida.

Parágrafo 2. Entre tanto ocurre la transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y Vida, las EPS deberán contar con las respectivas Reservas Técnicas según lo dispuesto por el marco normativo vigente.

Parágrafo 3. La suficiencia patrimonial será un criterio para la habilitación para la operación y

Artículo nuevo que permite un nuevo arreglo financiero del sistema de salud con una concurrencia de la gestión del riesgo financiero por parte de las Gestoras de Salud, la cual se atiende mediante la suficiencia patrimonial. Riesgo compartido Estado y Gestoras.

	<p><u>funcionamiento de las Entidades Gestoras de Salud y Vida.</u></p>	
	<p><u>ARTÍCULO 81°. Financiación de la Atención Primaria en Salud.</u> Los Centros de atención Primaria en Salud y sus Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), públicos, privados o mixtos, harán parte de la oferta de prestadores del componente primario de las RIISS. Se financiarán con los recursos de UPC que les reconozcan las Entidades Gestoras de Salud y Vida.</p> <p><u>Parágrafo 1.</u> En los casos de los CAPS y los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) de naturaleza pública ubicados en zonas cuyas condiciones de mercado no les permitan el equilibrio financiero por cuenta exclusiva de la venta de servicios, podrán recibir subsidio a la oferta mediante transferencias de la nación o de las entidades territoriales. Del mismo modo, las entidades territoriales contratarán los servicios de los EPAS adscritos a los CAPS públicos con parte de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud Pública.</p> <p><u>Parágrafo 2.</u> El Gobierno nacional determinará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley el porcentaje mínimo de UPC que se destinará para este fin de manera diferencial por territorios y por municipios, según el número de habitantes y las fuentes de los</p>	<p>Se requiere una financiación diferencial para los CAPS para garantizar el modelo de promoción y prevención, sin partir la UPC en su integralidad.</p>

	<p><u>recursos de oferta de la nación y de las entidades territoriales que se utilizarán para complementar por subsidio a la oferta los CAPS y EPAS de carácter público.</u></p>	
	<p><u>ARTÍCULO 82°. De los Servicios Sociales Complementarios en Salud.</u> El Gobierno nacional determinará una fuente para financiar los servicios sociales complementarios en salud, la cual será administrada de la Administradora de los Recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud (ADRES). Para tales efectos, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará un listado de estos servicios, el cual deberá ser actualizado permanentemente.</p>	<p>Se requiere de una fuente diferencial para estos servicios.</p>
	<p><u>ARTÍCULO 83°. Saneamiento de Hospitales Públicos previa a la transformación en ISE.</u> Las Empresas Sociales del Estado, en el marco de su transformación a Instituciones de Salud del Estado (ISE), deberían realizar un proceso de saneamiento de sus pasivos. Para este fin, en los términos del artículo 33 de la Ley 2155 de 2022, las entidades territoriales podrán acceder directamente a los créditos con condiciones blandas que otorgue FINDETER.</p> <p><u>En los términos de la mencionada ley los proyectos de saneamiento fiscal y financiero serán considerados de inversión y en consecuencia podrán financiarse igualmente con recursos de regalías. Para este fin se establecerá un proceso expedito de tal forma que el proyecto pueda ser</u></p>	<p>En la transición se debe sanear la red pública hospitalaria.</p>

	<p>viabilizado en corto plazo mediante la información que sobre el monto a sanear entregue el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en desarrollo de la gestión realizada según lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1966 de 2019.</p>	
	<p><u>ARTÍCULO 84°. Salvamento de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de salud en estado de liquidación inminente.</u> <u>Cualquier acreedor podrá evitar la liquidación de una Entidad Gestora de Salud y Vida cuando su causa sea por el incumplimiento de condiciones financieras o de solvencia, o, de un prestador de servicios de salud cuando esté en proceso de liquidación por aspectos económicos o financieros, manifestando su interés en aportar nuevo capital, en los términos que se indican a continuación, siempre y cuando se evidencie con la información que reposa en el expediente que el patrimonio de la Entidad Gestora de Salud y Vida o el prestador de servicios de salud es negativo.</u></p> <p><u>1.</u> <u>Manifestar el interés una vez proferido el acto administrativo o auto que ordena el inicio del proceso de liquidación, según corresponda, en el término para presentar recursos durante la audiencia o durante la ejecutoria que decreta la liquidación.</u></p> <p><u>2.</u> <u>Presentada la manifestación de interés, la Superintendencia Nacional de Salud mantendrá el nombramiento del liquidador, pero suspenderá otros efectos de la liquidación, según corresponda.</u></p> <p><u>3.</u> <u>La suspensión de los efectos de la liquidación procederá siempre y</u></p>	<p>Se crea un mecanismo para evitar quiebras inesperadas de Gestoras.</p>

cuando, junto con la manifestación de interés, el acreedor o acreedores interesados presten garantía para el aporte de nuevo capital.

4. La oferta económica deberá corresponder, como mínimo, al valor a pagar por la totalidad de los créditos a los que hace referencia el literal a) y b) del artículo 12 la Ley 1797 de 2019.

5. La suspensión de los efectos de la liquidación procederá hasta máximo por un (1) mes.

6. Si el interesado o interesados realizan el depósito del valor completo de la operación, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación.

7. Aprobada la operación, se realizarán los pagos a favor de la totalidad de los créditos a los que hace referencia el literal a) y b) del artículo 12 la Ley 1797 de 2019, con cargo al depósito realizado por el interesado; el incumplimiento de esta obligación será causal de liquidación inminente y no procederá una nueva manifestación de interés de aporte de capital.

8. Realizados los pagos a los que se refiere el numeral anterior, terminará el proceso de liquidación, en la cual se aprobará la rendición final de cuentas, se fijarán los honorarios del liquidador, se ordenará la capitalización a valor nominal de las acreencias pagadas y la emisión de nuevas acciones o cuotas de interés a favor del adquirente o de los adquirentes. Para estos efectos no se aplicará el derecho de preferencia. Igualmente, en la providencia se ordenará la cancelación de las acciones de los anteriores accionistas o asociados.

9. De no realizarse el depósito del valor completo a pagar por parte del oferente u oferentes

	<p>seleccionados, la Superintendencia Nacional de Salud impondrá una sanción equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor ofertado, la cual, corresponderá a un ingreso no gravado para la masa de la liquidación. En este caso, al igual que en el evento en el que no se confirme la operación, se continuará con el proceso de liquidación, conforme las etapas que correspondan.</p> <p>10. Los acreedores que presenten ofertas conjuntas responderán por ellas solidaria e ilimitadamente. En caso de que exista más de una oferta, se preferirá aquella que presente el mayor valor. Si se presentan ofertas iguales, se preferirá la del acreedor no vinculado sobre la del acreedor vinculado.</p>	
	<p><u>ARTÍCULO 85°. Insolvencia empresarial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud.</u> A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 y a las Entidades Promotoras de Salud les serán aplicables las normas del proceso de reorganización establecido en los artículos 9 a 46 de la referida Ley.</p>	<p>Se crea un mecanismo para evitar quiebras Entidades de prestación de salud.</p>
<p>CAPITULO IX. SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIIS)</p>	<p><u>CAPÍTULO IX SISTEMA ÚNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD</u></p>	

<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 86°. Elementos esenciales del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS). Son elementos esenciales del SUIS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar "información para la acción." 2. Mostrar resultados y aportar pruebas para futuras intervenciones. 3. Fundamentar los datos para la rendición de cuentas. 4. Mejorar la calidad de los análisis y la capacidad para tomar decisiones correctas. 5. Alinear los objetivos, incentivos y mediciones del rendimiento para mejorar la coordinación de acciones. 6. Unificar indicadores clave para mantener una visión única del rendimiento en todo el sistema. 7. Eliminar las lagunas en los datos subyacentes, las consultas de datos mal diseñadas, la visualización inadecuada, la falta de estandarización y las malas experiencias que pudieran limitar la utilización de la analítica en la generación de conocimiento e inteligencia. 	<p>Se ajusta para darle especificidad técnica al sistema de información.</p>
--	---	--

~~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 transparencia~~

ARTÍCULO 87°. Subsistemas del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS). El SUIS estará conformado por al menos los siguientes subsistemas:

1. Subsistema de Gestión del Riesgo en Salud. En el que se gestionarán datos e información relativos a:

1.1. Desarrollar perfiles sanitarios cronológicos nacionales y regionales, en particular de morbilidad, mortalidad y utilización de servicios, junto con el despliegue de los recursos adecuados para la evaluación de los cambios generales de esos perfiles a lo largo del tiempo.

1.2. Recopilar conjuntos normalizados de datos e indicadores para elaborar informes estadísticos oficiales.

1.3. Construir series históricas e informes de resumen de los valores, variaciones, tendencias, evaluación e información resultante sobre la población del país y sus unidades políticas.

Lo anterior se realizará adoptando conjuntos de datos recomendados por organizaciones internacionales, que permitan la comparación de los resultados nacionales con otros países de la región y el mundo.

2. Subsistema de RIISS. Que prestará especial atención a la cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud, el seguimiento a cohortes de alto riesgo, de alto costo, la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficacia, seguridad y aceptabilidad de la prestación de los servicios de salud.

3. Subsistema de información para la calidad de la atención en salud.

En este subsistema se adelantarán procesos que busquen realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema de Calidad de la Atención en Salud (SICA), proporcionar información a los usuarios para elegir libremente su Entidad Gestora de Salud y Vida y su

Se ajusta para darle especificidad técnica al sistema de información.

proveedor de servicios de salud con base a la calidad de los servicios.

4. Subsistema de Talento Humano en Salud. Su objetivo fundamental será captar las diversas dinámicas de las existencias y los flujos de THS, utilizando diversas fuentes de datos.

Artículo 104. Características generales. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUUIS 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 (SPUUIS) y de garantizar el compromiso de todos los integrantes 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 - SPUUIS 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.

Se elimina

Por estar en la lógica de sistema con aseguramiento Estatal.

<p>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 SPUUIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Es de contenido reglamentario.</p>
<p>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 resolutive del médico de APIRS y de los programas de prevención secundaria.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Por estar bajo la lógica de un aseguramiento Estatal.</p>
<p>CAPITULO X. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Para darle coherencia al proyecto de ponencia.</p>
<p>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</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Está contenido en la propuesta actual de ponencia.</p>

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~~

Se elimina

Existe un marco legal de esto.

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.

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Es de carácter reglamentario.</p>
<p>CAPÍTULO XI INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL</p>	<p>CAPÍTULO X INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL</p>	
	<p>ARTÍCULO 88°. Limitación de la Integración Vertical. <u>Se prohíbe la integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad por parte de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, salvo por una situación certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social de oferta insuficiente de prestadores o de servicios de salud que afecten la garantía de continuidad del derecho fundamental a la salud para la población. Se permite la integración vertical en el componente primario de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIISS).</u></p>	<p>Se prohíbe la integración vertical.</p>

	<p><u>Parágrafo. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo desiete (7)) años para cumplir con la disposición.</u></p>	
<p>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.</p>	<p><u>ARTÍCULO 89°. Inspección, Vigilancia y Control de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control de la gestión integral del riesgo en salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida de todas las condiciones técnicas de las siguientes funciones:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. La organización y gestión de las Redes Integrales de Atención de Servicios de Salud (RISS), según lo dispuesto en la presente Ley.</u> <u>2. El cumplimiento de indicadores de resultados en salud y de gestión operativa relacionada con los procesos de gestión del riesgo en salud y ordenación del gasto en salud a los prestadores de servicios de salud.</u> <p><u>Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia realizará la Inspección Vigilancia y Control del cumplimiento de las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución, administración y utilización de las Reservas Técnicas.</u></p> <p><u>Parágrafo. Bajo el principio de colaboración armónica de las Entidades públicas, la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia establecerán los canales de intercambio de información necesarios para el cumplimiento de sus funciones, además de la toma de decisiones por cada una de ellas.</u></p>	<p>Divide la función Inspección, Vigilancia y Control entre la Supersalud y la Superfinanciera.</p>

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 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

ARTÍCULO 90. Control en la Gestión Integral del Riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. De acuerdo con las funciones de la vigilancia y el control del aseguramiento establecido con el artículo 44°, numeral 43.4.1. de la Ley 715 de 2001, en caso de detectar una alerta temprana por parte del Sistema de Monitoreo de las RISS sobre la cual la Entidad Gestora de Salud y Vida no haya hecho la oportuna intervención, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, podrán adelantar acciones administrativas de corrección de los procesos y actividades específicas institucionales de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, con base en la mejor evidencia científica disponible, concepto o prescripción médica de un profesional de la salud debidamente habilitado en el territorio nacional para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los usuarios. De igual manera, se deberá informar de esta situación a la Superintendencia Nacional de Salud, quien adelantará las acciones a que tenga lugar.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional deberá reglamentar este mecanismo de control de la Gestión Integral del Riesgo en un plazo no mayor al siguiente año posterior a la sanción de la presente Ley.

Parágrafo 2. Para generar una adecuada coordinación y control de la gestión integral del riesgo por parte de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud deberán confirmar un área específica dentro de su estructura administrativa y funcional, con capacidades técnicas y de talento humano suficientes. El Gobierno nacional podrá concurrir con recursos necesarios para esto.

Se le da un rol protagónico al estado para coordinar la gestión integral del riesgo en salud por parte de los distintos agentes del SGSSS.

~~actuaciones que se aparten del
ordenamiento
legal bien sea por acción o por omisión.~~

<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 91°. Resolución administrativa de las necesidades de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. <u>La Superintendencia Nacional de Salud generará un mecanismo de resolución administrativa de solicitudes de los usuarios del Sistema de Salud, el cual contará con un sistema interoperable con los canales de Peticiones, Quejas y Reclamos de las Gestoras de Salud y canales propios de la Entidad Nacionales y territoriales para acceso a este mecanismo por parte de los ciudadanos.</u> <u>El mecanismo deberá contemplar las capacidades de los territorios para responder a estas solicitudes y la oportunidad de respuesta razonable por parte del Sistema de Salud, siempre anteponiendo la garantía del derecho fundamental a la salud y en ninguna circunstancia colocando en riesgo la vida de ninguna persona. Este mecanismo deberá resolver las peticiones, quejas y reclamos en un término no mayor a 5 días calendario desde su interposición por parte del usuario.</u> <u>La Superintendencia Nacional de Salud generará una evaluación anual de lo atendido durante cada vigencia por este mecanismo, la cual debe evidenciar la suficiencia de capacidades en cada territorio para responder ante las necesidades de los usuarios.</u> <u>Este mecanismo será el principal recurso que tendrán los usuarios para dirimir sus solicitudes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuando perciban alguna insatisfacción, fomentando su uso previo a otros instrumentos, sin perjuicio de la acción de tutela, de acuerdo con su derecho constitucional.</u></p>	<p>Artículo nuevo para darle dinamismo a la garantía del derecho fundamental a la salud por vía administrativa.</p>
---	---	---

<p>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 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,</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Es de carácter reglamentario.</p>
---	-------------------	--------------------------------------

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 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.~~

Se elimina

Queda contenido en esta propuesta de ponencia con base en la resolución administrativa de las PQRD.

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.~~

Se elimina

Existe un marco legal y normativo suficiente para esto.

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 400 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~~

Se elimina

Existe un marco legal y normativo suficiente para esto.

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 resolutive 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 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~~

Se elimina

Existe un marco legal y normativo suficiente para esto.

~~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 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.~~

Se elimina

Existe un marco legal y normativo suficiente para esto.

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.~~

Se elimina

Existe un marco legal y normativo suficiente para esto.

~~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.~~

Se elimina

Existe un marco legal y normativo suficiente para esto, además, queda contenido en el proyecto de la presente ponencia.

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Existe un marco legal y normativo suficiente para esto.</p>
<p>CAPITULO POLÍTICA NACIONAL CIENCIA, TECNOLOGÍA INNOVACIÓN EN SALUD</p>	<p>XII. DE E</p>	

<p>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 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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Queda contenido en esta propuesta en la política de innovación en salud.</p>
<p>CAPITULO XIII. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Para hacer coherente el proyecto de ponencia.</p>

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 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

Se elimina

Queda contenido en la política de innovación en salud.

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 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.

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.

Se elimina

Queda contenido en la política de innovación en salud.

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>De carácter reglamentario.</p>
<p>CAPITULO XIV. POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Para darle coherencia al proyecto de ponencia.</p>

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 	<p>Se elimina</p>	<p>Queda contenido en los artículos de talento humano en salud.</p>
<p>CAPITULO XV. RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Para darle coherencia al proyecto de ponencia.</p>

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Queda contenido en los artículos de talento humano en salud.</p>
--	--------------------------	---

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 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

Se elimina

De carácter reglamentario.

~~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~~

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 instituciones de educación superior.

Se elimina

Hay suficiente marco legal y normativo sobre esto.

<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos de integración, las actividades específicas a cargo y su sistema de funcionamiento.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Tema reglamentario.</p>
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>No es procedente, de carácter reglamentario.</p>
<p>CAPITULO XVI. AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACION</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Para hacer el proyecto de ponencia coherente.</p>

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.

Se elimina

Hay suficiente marco legal y reglamentario para esto.

<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>En contravía de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.</p>
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>En contravía de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.</p>

<p>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.</p>		
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Queda contenido en la propuesta en la resolución administrativa</p>
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Está contenido en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.</p>
<p>CAPITULO XVII. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANGIONATORIO</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Para darle coherencia al proyecto de ponencia.</p>

<p>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</p>	<p>Se elimina</p>	<p>De carácter reglamentario.</p>
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>De carácter reglamentario.</p>
<p>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</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Hay normatividad aplicable y esto va más allá de lo que establece la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 en la materia.</p>

<p>Sistema de Salud, relacionados con la garantía del derecho fundamental a la salud por una actuación u omisión deliberada.”</p>		
<p>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.”</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Hay normatividad aplicable y esto va más allá de lo que establece la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 en la materia.</p>
<p>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</p>		<p>Hay normatividad aplicable y esto va más allá de lo que establece la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 en la materia.</p>

<p>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</p>		
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Hay normatividad aplicable y esto va más allá de lo que establece la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 en la materia.</p>
<p>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.</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Hay normatividad aplicable y esto va más allá de lo que establece la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 en la materia.</p>
<p>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</p>	<p>Se elimina</p>	<p>Hay normatividad aplicable y esto va más allá de lo que establece la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 en la materia.</p>
<p>CAPITULO XVIII TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</p>	<p><u>CAPÍTULO XI</u> <u>RÉGIMEN DE TRANSICIÓN</u></p>	<p>Ajuste de redacción.</p>

<p>Artículo 145. 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, facúltase 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.</p>	<p>ARTÍCULO 92°. 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 cuatro (4) años, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con recursos específicos para este propósito, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Podrán diseñarse líneas de crédito con tasas compensadas u otros instrumentos de alivio de deuda para este propósito.</p>	<p>Artículo nuevo para darle elementos de sostenibilidad a la red pública hospitalaria.</p>
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 93°. Proceso de retiro ordenado de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGISV) deberán presentar un plan de retiro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que contemple el saneamiento de deudas de acuerdo a lo establecido en la presente Ley, así como un esquema de transferencia de sus usuarios a las futuras Entidades Gestoras de Salud y Vida, preservando las condiciones de atención al momento del retiro, su red de atención y los profesionales de la salud a cargo de los pacientes.</p>	<p>Régimen de transición.</p>
<p>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.</p>	<p>ARTÍCULO 94°. Garantía de la atención de los usuarios. Entretanto se habilitan las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) para los Territorios de Gestión de Salud y se configuran los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se atenderá a los usuarios indistintamente de la Entidad Gestora de Salud y Vida a la que se encuentra afiliado. Asimismo, cada usuario a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida preservarán</p>	<p>Régimen de transición.</p>

	<p>su Institución Prestadora de Salud Primaria (IPS primaria) hasta tanto se realiza su adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS).</p>	
<p>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.</p> <p>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,</p>	<p>ARTÍCULO 95°. Transición al Aseguramiento Social en Salud. <u>Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) serán responsables de la gestión integral del riesgo de la población que tienen a cargo en todo momento hasta tanto no entren en operación las Entidades Gestoras de Salud y Vida o su población no sea transferida a una de ellas. En ningún momento ningún afiliado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) podrá dejar de contar con un operador del aseguramiento, sea este público o privado.</u></p>	<p>Régimen de transición.</p>

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 preponderará 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 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.~~

<p>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:</p> <p>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.</p> <p>2. Las entidades Promotoras de Salud</p>	<p>ARTÍCULO 96°. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida y la habilitación de sus Redes Integrales 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 explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.</p>	<p>Régimen de transición. de</p>
---	---	----------------------------------

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 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 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 y Resolutiva 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 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 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~~

<p>presente _____ ley establecerá _____ la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>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.</p> <p>15. El Gobierno Nacional, diseñará 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.</p>		
<p>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.</p>	<p><u>ARTÍCULO 97°. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición.</u> 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 General de Seguridad en Salud, durante la transición de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y Vida y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.</p> <p>Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios mientras no hayan sido liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud y vida.</p>	<p>Régimen de transición.</p>

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 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

ARTÍCULO 98°. Pago de Deudas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) transformadas o liquidadas a las Empresas Sociales del Estado (ESE). Como parte de la transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades de Gestión de Salud y Vida (EGVIS), el Gobierno Nacional establecerá un proceso especial de saneamiento de la deuda contraída con las Empresas Sociales del Estado (ESE) por parte de las EPS que realicen su transformación a Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) y para aquellas EPS que no deseen su transformación para continuar operando en el Aseguramiento Social en Salud o no cumplan con las condiciones mínimas para su Habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se implementará un proceso de liquidación ordenado y transparente. Este proceso de saneamiento seguirá los siguientes esquemas generales:

1. Aquellas Entidades Promotoras de Salud (EPS) que en su proceso de transformación a Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) o liquidación cuenten con un respaldo financiero, iniciarán un plan de pagos y saneamiento de la deuda de forma inmediata.
2. Para aquellas Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida, pero cuyos indicadores no le permitan contar con un respaldo financiero, el Gobierno Nacional diseñará un programa o línea de crédito con un periodo de gracia de 5 años, tasas compensadas, entre otros instrumentos de alivio de deuda, al cual podrán acceder, con el único objetivo de pagar las deudas contraídas principalmente con las Empresas Sociales del Estado. La Superintendencia Financiera de Colombia, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, serán los encargados de diseñar e implementar dicho programa, pudiendo operarlo con las

Régimen de transición para darle sostenibilidad fiscal al sistema de salud luego de los cambios de la presente Ley.

<p>las disposiciones orgánicas que corresponda para su adecuada operación.</p>	<p><u>Entidades Financieras habilitadas para ello.</u> <u>3. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen a Entidades Gestoras de Salud y Vida e ingresen a un proceso de liquidación, también accederán al programa o línea de crédito que el Gobierno Nacional cree para esta materia.</u> <u>Parágrafo. La Superintendencia Financiera vigilará este proceso de saneamiento de deudas a la red pública hospitalaria, en el marco de lo establecido en este artículo.</u></p>	
<p>Artículo 152. Vigencia. La presente Ley deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>ARTÍCULO 99°. Vigencia y derogatoria. <u>La presente Ley entra en vigencia a partir de la fecha su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</u></p>	<p>Conforme al ordenamiento legal</p>

8. CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PUEDEN GENERAR POSIBLES CONFLICTOS DE INTERESES

El artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, mediante el cual se modifica el artículo 291 de la ley 5 de 1992, dispone que el autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286; asimismo, establece que estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

En este sentido, con el fin de ilustrar en el análisis frente a los posibles impedimentos que podrían derivar en conflictos de intereses producto de la actividad legislativa realizada, se citarán textualmente los criterios determinados en el artículo 1 de la ley 2003 de 2019:

“ARTÍCULO 1o. *El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:*

Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. *Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.*

Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.

c) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*

d) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*

e) *<Literal INEXEQUIBLE>*

f) *Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.*

PARÁGRAFO 1o. *Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto.*

PARÁGRAFO 2o. *Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.*

PARÁGRAFO 3o. *Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5 de 1992 (...).*

En consecuencia y a manera de orientación, los ponentes consideran que las disposiciones contenidas en el presente proyecto de ley radican en normas de carácter general, impersonal y abstracto que dada su naturaleza y a los fines superiores que persigue no generarían posibles conflictos de intereses, sin embargo, lo anterior no exime del deber particular de cada Congresista que en su esfera privada, identifique causales adicionales que a su juicio considere pertinentes y exponerlas durante el trámite correspondiente.

9. IMPACTO FISCAL

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con la capacidad financiera y presupuestal y las reglas del marco fiscal de mediano plazo vigentes, en tanto corresponde a cada entidad comprometer y ordenar el gasto en desarrollo de sus apropiaciones, y la ejecución de los recursos que son aprobados por el Congreso de la República.

Con el fin de darle cumplimiento a lo anterior y en atención a lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003, el suscrito ponente de la presente iniciativa, señaló previamente el impacto fiscal que ha establecido el Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente a la reforma a la salud.

No obstante, para efectos de continuar con el trámite legislativo, conviene tener presente las disposiciones desarrolladas por la Corte Constitucional a lo largo de su jurisprudencia sobre la materia. Inicialmente, estableció mediante Sentencia C-866 de 2010²³, lo siguiente:

“(...) En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7º de la Ley 819 de 2003: (i) las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica; (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”; (iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omite conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y (iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...).

*(...) Por otra parte, es preciso reiterar que **si el Ministerio de Hacienda no participa en el curso del proyecto durante su formación en el Congreso de la República, mal puede ello significar que el proceso legislativo se encuentra viciado por no haber tenido en cuenta las condiciones establecidas en el art. 7º de la Ley 819 de 2003.** Puesto que la carga principal en la presentación de las consecuencias fiscales de los proyectos reside en el Ministerio de Hacienda, la omisión del Ministerio en informar a los congresistas acerca de los problemas que presenta el proyecto no afecta la validez del proceso legislativo ni vicia la ley correspondiente. (Resaltado fuera del texto) (...).*

(...) En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7º de la Ley 819 de 2003:

(i) las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica;

(ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y

²³ Corte Constitucional. Sentencia C-866 del 3 de noviembre de 2010. M.P Jorge Ignacio Pretelt Chaljub

la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”;

(iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y

(iv) *el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...)*,”

Por otra parte, recientemente decidió unificar la interpretación de lo dispuesto en la Ley 819 de 2003, disponiendo en Sentencia C-520 de 2019²⁴, lo que inmediatamente se cita:

“Finalmente, y dadas las discrepancias que se habían dado sobre el alcance de las obligaciones a cargo del legislador en esta materia, en la reciente Sentencia C-110 de 2019, la Sala Plena se inclinó por una decisión intermedia y unificó la interpretación al respecto así:

“80.3. Con el propósito de unificar la interpretación en esta materia, la Corte estima necesario precisar (i) que el Congreso tiene la responsabilidad -como lo dejó dicho la sentencia C-502 de 2007 y con fundamento en el artículo 7 de la ley 819 de 2003- de valorar las incidencias fiscales del proyecto de ley. Tal carga (ii) no exige un análisis detallado o exhaustivo del costo fiscal y las fuentes de financiamiento. Sin embargo, (iii) sí demanda una mínima consideración al respecto, de modo que sea posible establecer los referentes básicos para analizar los efectos fiscales del proyecto de ley. En todo caso (iv) la carga principal se encuentra radicada en el MHCP por sus conocimientos técnicos y por su condición de principal ejecutor del gasto público. En consecuencia, (v) el incumplimiento del Gobierno no afecta la decisión del Congreso cuando este ha cumplido su deber. A su vez (vi) si el Gobierno atiende su obligación de emitir su concepto, se radica en el Congreso el deber de estudiarlo y discutirlo –ver num. 79.3 y 90-(...)”.

²⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-520 del 5 de noviembre de 2019. M.P Cristina Pardo S.

10. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las razones aquí expuestas, me permito rendir PONENCIA POSITIVA alternativa, y en consecuencia, de manera respetuosa a solicito a la Honorable Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, dar PRIMER DEBATE al proyecto de Ley No. **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 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; 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)", 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".

Del Honorable Representante,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANIS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca
Coordinador Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", ACUMULADO CON 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; 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)", 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 Congreso de Colombia,

DECRETA:

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 1°. Objeto. Por medio de la presente ley se establecen disposiciones tendientes a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el acceso efectivo a servicios de salud por parte de las personas, familias y la población, las cuales están fundamentadas en un Aseguramiento Social en Salud que cuenta con actores diversos públicos, privados y mixtos para la gestión integral del riesgo en salud tanto individual como colectivo, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, la intersectorialidad para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, y el empoderamiento de las personas y comunidades, en el desarrollo de la garantía del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 2°. Definiciones.

1. Atención primaria en salud. Es una estrategia que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. Comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos: 1. Servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; 2. Acciones y políticas multi-sectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y 3. El establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la auto-asistencia y la autosuficiencia en la salud.

2. Gestión del Riesgo en Salud. Corresponde a las actividades destinadas a impactar positivamente los factores que influyen en la salud de las personas, familias y comunidades, así como en sus modos, condiciones y estilos de vida, de tal manera que se anticipe a la materialización de riesgos en salud para que estos no se presenten o para que se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

3. Interoperabilidad. Es la capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. En la progresividad de la interoperabilidad se buscará la articulación con otros sectores para gestionar la integralidad de la atención

4. Redes de prestación de servicios de salud (RIISS). Son una estructura funcional compuesta por grupos de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada o mixta, organizados y articulados por una Entidad Gestora de Salud y Vida o una Entidad Promotora de Salud (EPS), durante la transición de esta ley, para prestar los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a la población de un territorio. Esta Red Integral e Integrada de servicios de Salud debe garantizar todas las tecnologías que necesita el individuo y su familia en el ámbito ambulatorio, hospitalario y domiciliario de tal forma que se pueda saber de manera pública cuál o cuáles tecnologías en salud son prestadas por cual institución.

5. 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 para promover hábitos de vida saludable y la cultura del autocuidado de salud.

6. Salud Predictiva. Son todas las acciones encaminadas a estudiar el comportamiento demográfico, epidemiológico y los hábitos de consumo de servicios para planificar y proyectar las acciones a ejecutar por el Sistema de Salud para descubrir determinantes sociales y factores de riesgo biológicos que sean fuentes de enfermedad.

7. 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 persona y la dignidad humana.

8. Servicios Primarios de Salud. Corresponden a los servicios de salud de baja complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la reglamentación en la materia, requeridas de acuerdo con las necesidades en salud de la población y sus condiciones socioeconómicas y culturales, en un territorio determinado.

9. Servicios Complementarios de Salud. Corresponde a todos los servicios de salud de mediana y alta complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la reglamentación en la materia, necesarios para garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de los servicios primarios.

10. El Sistema Único Interoperable de Información en Salud (SUIS). Comprende un conjunto de componentes organizados e interactuantes en torno al objetivo de producir información destinada a respaldar las decisiones y acciones que busquen alcanzar mejores servicios y resultados en cada nivel del sistema de salud en su generalidad, en el entendido que la información en salud es un insumo clave para el desarrollo de políticas relacionadas con la salud, la planeación y el funcionamiento de programas, la vigilancia de la salud y el seguimiento, la evaluación y la investigación de resultados.

11. Territorios de Gestión en Salud. Son territorios funcionales conformados por áreas geográficas homogéneas e integradas entre sí, geográficamente continuos que compartan características poblacionales, demográficas, socioeconómicas, socioculturales, ambientales y que reflejen los grados de desarrollo de capacidades que han alcanzado cada uno de los territorios para atender las necesidades de la población, pero que son heterogéneos y diferenciados entre ellos en cuanto a sus relaciones funcionales. Estos territorios comprenderán, por regla general, áreas de varios Departamentos.

CAPÍTULO II

GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA

ARTÍCULO 3°. Gobernanza y Rectoría del Sistema de Salud. La gobernanza y rectoría del Sistema estará en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, quien orientará a los actores para el logro de la garantía del derecho a la salud, el acceso efectivo de servicios de salud, al buen desempeño del sistema, sus agentes, la transparencia, 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.

El Ministerio de Salud y Protección Social, contará con el Consejo Nacional de Seguridad Social como órgano asesor del Ministerio y con escenarios para fomentar y desarrollar la participación de las personas y sus organizaciones sociales y civiles en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas de salud.

ARTÍCULO 4°. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Créese el Consejo Nacional de Salud, como órgano asesor del Gobierno Nacional en materia de salud, siendo un espacio de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y cuya

función será emitir recomendaciones a los diferentes sectores del Gobierno Nacional que conlleve al goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

El CNSSS estará presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social y estará conformado por 16 representantes del Estado, las empresas del sector, la academia y la sociedad civil y organizada, así:

1. El ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. El ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.
4. Dos (2) representantes de las Direcciones Territoriales de Salud: Un representante de las Direcciones Departamentales o Distritales y un representante de las Direcciones Municipales de Salud, designado entre ellos mismos por el mecanismo que definan.
5. Dos (2) representantes de las Entidades Gestoras de Salud y Vida: Un representante de las EGVIS públicas y mixtas y una EGVIS privadas designado ambas por las agrupaciones, agremiaciones y asociaciones que las congregue.
6. Tres (3) representantes de los Prestadores de servicios y Proveedores de Tecnologías en Salud; Un (1) representante de las IPS públicas y mixtas, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen y un (1) representante de las IPS privadas, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen y un (1) representante de las industrias productoras de medicamentos, dispositivos e insumos para la salud, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
7. Un (1) representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
8. Dos (2) representantes de los usuarios del Sistema: Un representante designado por las asociaciones de Pacientes y un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
9. Un (1) representantes de comunidades étnicas: elegidos entre los pueblos indígenas, las comunidades afrocolombianas y la comunidad ROM.
10. Dos (2) representantes de la academia; Un representante que será escogido por la Academia Nacional de Medicina y un representante de la terna enviada por los colegios, sociedades científicas y facultades de Ciencias de la Salud.

Parágrafo 1. Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que, dentro de los 3 meses siguientes a la expedición de la Ley,

establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad.

Parágrafo 2. La secretaría técnica del CNSSS será ejercida desde el despacho del ministro de Salud y Protección Social la cual convocará a las sesiones, registrará el contenido de las sesiones y publicará las actas de cada sesión.

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, periodicidad de los consejeros y de la sesión, mecanismos de concertación entre otros.

Parágrafo 4. El CNSSS, podrán invitar a sus sesiones de acuerdo con los temas a desarrollar al 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), el Instituto Nacional de Cancerología, la Cuenta de Alto Costo y terceros expertos con voz, pero sin voto.

Parágrafo 5. El Gobierno Nacional, proporcionará los recursos para garantizar las reuniones del Consejo, de forma presencial o virtual, incluyendo los gastos de transporte y estancia de aquellos consejeros que no vivan en el lugar de reunión. Los consejeros no percibirán honorarios por su participación en el Consejo.

ARTÍCULO 5°. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar políticas relacionadas con la salud pública, Plan de beneficios, los modelos de atención y prestación de servicios, los incentivos para las buenas prácticas a los diferentes actores del Sistema, los indicadores de medición del acceso efectivo a los servicios de salud, la calidad en la prestación de los servicios y los resultados en salud.
2. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno Nacional y a los actores del Sistema de Salud, para la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los Determinantes Sociales de la Salud para la gestión del riesgo en salud colectivo, comunitario e individual, en los distintos territorios.
3. Proponer estrategias encaminadas al buen recaudo, flujo y uso de los recursos de manera que se garantice la sostenibilidad del Sistema, y la garantía del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo. En caso de que el Gobierno Nacional y sus Entidades se aparten de las recomendaciones hechas por el Consejo, éstas deberán justificar su accionar.

ARTÍCULO 6°. Consejos Territoriales de Salud. Los Departamentos, Distritos y Municipios, conformarán los Consejos Territoriales de Salud, los cuales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o municipal.

ARTÍCULO 7°. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación de las personas y sus organizaciones sociales y civiles se ejercerán en los siguientes ámbitos:

1. Participación en los contextos comunitarios y territoriales. Los Integrantes del Sistema de Salud promoverán espacios y mecanismos de participación ciudadana y de organizaciones sociales y civiles, conducentes a la construcción de políticas, estrategias e intervenciones en salud, generación e implementación de abordajes comunitarios de los problemas de salud y empoderamiento comunitario en salud.

2. Participación en las políticas públicas de salud. El Ministerio de Salud, como ente rector del Sistema de Salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, propositiva y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales y civiles en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas de salud. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio del Interior y los Departamentos, Distritos y Municipios, generarán los mecanismos, procesos y espacios para consolidar la veeduría ciudadana de las políticas, planes, estrategias e intervenciones del Sistema de Salud en el nivel nacional y territorial.

3. Consulta previa a las comunidades étnicas. La formulación de las macro-políticas de salud, tendrán un enfoque diferencial con especial énfasis en comunidades étnicas, las cuales ejercerán su participación por medio de consultas previas, en el marco de lo dispuesto por la Constitución Política y el marco legal y normativo en la materia.

ARTÍCULO 8°. Territorios de gestión en salud. Para garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios 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 en 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. Los Territorios de Gestión de Salud pueden acudir a esquemas asociativos territoriales como lo dispone la normatividad vigente.

ARTÍCULO 9°. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud, orientar su gobernanza 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:

1. Habilitación y Funcionamiento de los Agentes. Es el sistema mediante el cual el Ministerio de Salud define los criterios y estándares mínimos para el ingreso y permanencia en el sistema de salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios, el suministro de tecnologías de salud públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud, así como los como elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.

2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. El Ministerio de Salud y Protección social, desarrollará mecanismos sistemáticos y continuos 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.

3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social 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 social, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión, centrando las necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.

4. Desarrollo de Capacidades Institucionales y de Talento Humano en Salud.

El Gobierno nacional desarrollará, de forma dinámica, la generación de capacidades institucionales de gestión del riesgo en 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.

5. Monitoreo y evaluación del desempeño del Sistema de Salud y sus agentes.

El Ministerio de Salud y Protección Social, 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 Unificado e Interoperable De Información en Salud (SUIS), 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 de comprender, de sus hallazgos.

6. Mejoramiento continuo 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.

7. Innovación Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Tecnología, Ciencia e Innovación, desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a 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 General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse.

Parágrafo. El desarrollo 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 General de Seguridad Social en salud (SGSSS).

CAPÍTULO III

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SALUD PÚBLICA

ARTÍCULO 10°. De las orientaciones estratégicas de la salud pública. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) así como los demás

sectores involucrados en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, orientarán y articularán sus estrategias, acciones, intervenciones y recursos hacia el cumplimiento de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

ARTÍCULO 11°. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la identificación de los riesgos de presentar un evento en salud de las personas y las comunidades, a fin de promocionar estados saludables y realizar intervenciones y acciones de prevención primaria individuales y poblacionales; cuando se materialicen tales riesgos, esta gestión implica la atención integral, oportuna y de calidad en salud desde la prevención secundaria y terciaria, el tratamiento, hasta la paliación y el buen morir con dignidad. La Gestión integral del riesgo en salud implica la tanto a la articulación y coordinación de los diferentes actores públicos, privados y mixtos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y otros sectores sociales y, además, contempla la responsabilidad del Estado de evitar el empobrecimiento de las personas y comunidades por los gastos asociados a los eventos en salud, en el marco de la protección financiera social.

El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, determinarán los instrumentos, mecanismo y acciones de coordinación entre los distintos agentes del sistema de salud para el abordaje de los riesgos de salud de los individuos y comunidades de forma integral, continua y eficiente.

Las personas y comunidades, en sus entornos, tienen el deber de auto cuidarse realizando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras atenciones que inciden en su condición de salud.

ARTÍCULO 12°. Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria. El Sistema de Salud, en conjunto con los diferentes sectores sociales y sus Entidades, enfocará sus esfuerzos en la promoción de la salud, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la prevención primaria, con un carácter resolutivo en el nivel primario de atención de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

Este modelo deberá fortalecer el acceso efectivo a servicios de salud, en especial en zonas rurales, zonas con población dispersas, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, poblaciones con presencia de grupos étnicos. Para ello, se establecerán Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) con enfoque territorial, intercultural, de derechos y diferencial, los cuales estarán coordinados con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en el componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de Salud. Para ello, se utilizará la mejor evidencia disponible, modelos estadísticos, interoperabilidad de sistemas de información entre los agentes del Sistema de Salud para proyectar la carga de la enfermedad futura, el comportamiento demográfico, epidemiológico y los hábitos de consumo de servicios de salud, de acuerdo con la definición de salud predictiva definida en la presente Ley.

Parágrafo. El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo Resolutivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, al igual que los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) deberá estar basado en evidencia, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) incluyendo el uso eficiente y transparente de los recursos disponibles.

ARTÍCULO 13°. Modelo Diferencial de Salud. Con el propósito de avanzar en equidad y acceso efectivo de toda la población al aseguramiento en salud, se diseñará un modelo diferencial en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión de la población, presencia de comunidades étnicas, reconocidas por el marco legal y normativo correspondiente, o alta prevalencia de personas con discapacidad, limitada oferta de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, el Estado deberá desarrollar modelos de atención diferenciados que se ajusten a dichas características territoriales. Estos modelos se construirán con una activa participación de las comunidades y podrán ser estructurados y operados bajo modelos públicos, privados o en alianzas público privadas.

Parágrafo 1. Los modelos diferenciales contemplarán las intervenciones positivas de los determinantes sociales en salud de las poblaciones objeto y la participación intersectorial de entidades del orden nacional y territorial en su construcción e implementación.

Parágrafo 2. En los pueblos indígenas, se dará continuidad a la implementación y desarrollo total del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), manteniendo la indemnidad de las garantías y derechos consagrados en las normas y acuerdos existentes a la sanción de la presente Ley.

Parágrafo 3. En las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país, el Gobierno Nacional teniendo en cuenta la consulta y concertación previa se definirá y reglamentará un modelo diferencial de salud, que esté acorde con sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como con sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, dará prioridad a la población ubicada en los municipios del Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), descritos en el Decreto Ley 893 de 2017 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

ARTÍCULO 14°. Acción Estatal frente a los Determinantes Sociales de la Salud. El Gobierno nacional en coordinación con los Ministros del gabinete y el Departamento Nacional de Planeación, de manera prioritaria realizará acciones que incidirán positivamente sobre los Determinantes Sociales de la Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional. Su financiamiento se planeará y ejecutará de manera transversal en cada una de las entidades sectoriales responsables y estará orientado hacia el logro de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública.

ARTÍCULO 15°. Comisión Nacional Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. La comisión Nacional Intersectorial para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud se orientará por el Plan Decenal de Salud Pública vigente

El Presidente de la República presidirá la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, integrada por todos los Ministros del gabinete y el Director del Departamento Nacional de Planeación.

ARTÍCULO 16°. Funciones de la Comisión Nacional Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. La comisión nacional intersectorial para el abordaje de los determinantes de salud tendrá las siguientes funciones:

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.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional, en los tres (3) 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 dos veces al año.

Parágrafo 2. 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, estas comisiones informarán las directrices a los municipios de su jurisdicción.

ARTÍCULO 17°. Comisiones Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes de la Salud. Los Gobernadores, alcaldes distritales y municipales conformarán la Comisión de Determinantes de Salud en el ámbito de su jurisdicción. Tales comisiones revisarán la información epidemiológica departamental, el Consejo Territorial de Salud y su Dirección Territorial de Salud para evaluar y analizar el impacto mediante la evaluación de indicadores de salud, las cuales se publicarán trimestralmente.

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.

CAPÍTULO IV

ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD

ARTÍCULO 18°. Modelo de Aseguramiento Social en Salud. El Estado garantizará la gestión integral de los riesgos de salud técnicos y financieros, tanto individuales, como colectivos de toda la población, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual se apoyará en los demás sectores de forma articulada para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. El Aseguramiento Social en Salud se garantizará por medio de actores de naturaleza pública, privada o mixta o el Estado directamente, cuando no exista otra forma de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud en zonas rurales de difícil acceso o población dispersa.

Parágrafo 1. En caso de que el Estado decida operar directamente el Aseguramiento Social en Salud, deberá contar con los mismos requisitos técnicos que las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) y se deberá conformar una estructura funcional unificada con las capacidades necesarias para la adecuada gestión del riesgo en salud y financiero de las personas y comunidades, en igualdad de condiciones técnicas que las EGVIS; además, esta estructura funcional tendrá las mismas condiciones de flujo, giro y gestión financiera que las EGVIS, por medio

de los componentes fijos de la UPC y en ningún caso recibirán recursos calculados en el componente variable de la misma.

Parágrafo 2. El Estado podrá asumir directa, temporal y transitoriamente la atención en salud de personas en las cuales exista inminencia o franca vulneración del derecho fundamental a la salud, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, las demás disposiciones de esta Ley, la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, por medio de prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, a los cuales se les reconocerá financieramente por los servicios y tecnologías prestados. Se diseñará un mecanismo de ajuste financiero por los gastos generados en las atenciones requeridas a las Gestoras de Salud y Vida que tengan a cargo estas personas.

ARTÍCULO 19°. Régimen Único de Salud. Dentro del primer (1) año de vigencia de la presente ley, el Gobierno nacional unificará técnica, financiera y jurídicamente, los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Desde su nacimiento, los nacionales colombianos quedarán afiliados al Sistema de Salud.

Dentro del Régimen Único de Salud, las personas con capacidad de pago determinadas por el Gobierno Nacional, deberán contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y tendrán derecho a recibir prestaciones económicas derivadas del seguro de salud.

Parágrafo. Toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad; aquellas mujeres que no son aportantes económicas del Sistema General de Seguridad Social en 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 todos los controles prenatales respectivos durante el embarazo.

ARTICULO 20°. Financiación de las Prestaciones Económicas. La población aportante al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá derecho al reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad. Las incapacidades por enfermedad general se financiarán con el porcentaje de los recursos entregados a las Entidades Gestoras de Salud y Vida en función del Ingreso Base de Cotización del aportante el cual se descontará de los aportes. Las licencias de maternidad y/o paternidad se reconocerán con cargo a recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que administra la ADRES.

Las liquidaciones y gestión operativa de las prestaciones económicas las realizará la Entidad Gestora de Salud y Vida.

ARTÍCULO 21°. Tecnologías y servicios de Salud del Régimen Único de Salud.

Las personas tendrán derecho a acceso de tecnologías y servicios de salud, garantizadas por los actores del Aseguramiento Social en Salud de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015.

ARTÍCULO 22°. Libre elección de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tendrán derecho a elegir libremente la Entidad Gestora de Salud y Vida de su preferencia, dentro de la oferta disponible en el respectivo territorio de aseguramiento y podrán trasladarse en cualquier momento. Igualmente, podrá elegir dentro de la oferta de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS), según su necesidad y dependiendo de la oferta de talento humano disponible, podrá elegir a su médico con enfoque familiar y comunitario.

ARTÍCULO 23°. Adscripción de la Población a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán realizar la adscripción de cada afiliado a su cargo a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) cercano a su lugar de residencia o de trabajo, al cual se le asignará un médico con enfoque familiar y comunitario. El afiliado podrá acceder en todo momento a la atención en otro Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su escogencia.

Parágrafo 1. Las cohortes de pacientes con condiciones de salud que requieran del manejo a cargo de un profesional de la salud en un nivel de mayor complejidad, serán gestionadas en dichas instituciones prestadoras por sus respectivas Gestoras de Salud y Vida, coordinando su monitoreo o atenciones en sus respectivos CAPS.

ARTÍCULO 24°. Territorialización del Aseguramiento Social en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un instrumento técnico para determinar la cantidad y tamaño de las Entidades Gestoras de Salud y Vida que deben operar en cada Territorio de Gestión en Salud, de conformidad con el número de afiliados en cada uno de ellos y las condiciones propias de dichos territorios.

Las Entidades Gestoras en Salud y Vida, podrán operar en uno o varios Territorios de Gestión en Salud, para lo cual deberán contar con la capacidad institucional en cada uno de los municipios que pertenecen a dicho Territorio, de manera que garanticen la gestión individual del riesgo en salud y coordine las intervenciones con los responsables de la gestión de los riesgos poblacionales, colectivos, e individuales en salud y riesgos laborales.

En cada uno de los Territorios de Gestión de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deben garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios de salud, mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de

Salud (RIISS) para lo cual deberá fortalecerse los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los equipos y servicios extramurales, la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros.

ARTÍCULO 25°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) se transformarán en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS), las cuales podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.

Parágrafo. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán presentar un plan circunscrito a los artículos transitorios en la presente ley, de reconocimiento de sus deudas con prestadores de servicios de salud privados y mixtos, proveedores de tecnologías en salud o farmacéuticos y demás acreencias que haya contraído por cualquier naturaleza. Para el caso de las acreencias con las Empresas Sociales del Estado, en la red pública hospitalaria, este plan deberá estar circunscrito a lo dispuesto por la presente Ley.

ARTÍCULO 26°. Funciones de las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS).

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida serán entidades de naturaleza pública, privada o mixta encargadas de gestionar de forma inteligente e indelegable, los riesgos en salud y el riesgo financiero compartido de la población afiliada, articuladamente con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El Estado delegará en estas organizaciones funciones públicas, sin perjuicio de las funciones de rectoría, supervisión, acompañamiento y control directo del Estado. Esta gestión comprende, entre otros elementos:

1. La caracterización periódica de los riesgos de enfermar y morir que tiene cada persona, familia y comunidad a su cargo, de acuerdo con el entorno donde habita e identificar las necesidades en salud y definir los grupos de riesgo de la población afiliada.
2. Representar al afiliado a su cargo.
3. Gestionar el riesgo individual en salud de las personas a su cargo, en coordinación con las Direcciones territoriales de Salud que gestionan el riesgo colectivo.
4. Promocionar el autocuidado, demanda inducida, búsqueda activa de casos sospechosos de condiciones en salud, y de aquella con diagnóstico confirmado de condiciones crónicas y mala adherencia a su seguimiento médico y las demás que sean necesarias de acuerdo con su estado de salud;

5. Determinar la demanda de servicios para la población a cargo y contratar la oferta de prestación de servicios de salud con capacidad instalada suficiente, para el suministro de servicios y tecnologías de salud del territorio.
6. Conformar, Organizar y articular las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS) en coordinación con las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.
7. Conformar, organizar y articular permanentemente las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con la coordinación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y obtener su habilitación.
8. Concurrir en la evaluación de la calidad de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIISS) y la prestación oportuna de servicios de salud, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).
9. Auditar el gasto en salud en las Redes Integrales de Atención en Salud (RIISS) o en los prestadores que atiendan a su población a cargo por fuera de ellas, bajo la normatividad o lineamientos que para estos efectos emita el Ministerio de Salud y Protección Social.
10. Garantizar las modalidades de prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para atender las necesidades de los afiliados a su cargo, con enfoque diferencial, adaptadas a los contexto socioeconómicos, culturales y sociales de las comunidades, mediante la contratación inteligente de servicios y tecnologías en salud, siempre sobre la base de la dignidad y adecuada experiencia de la atención de las personas.
11. Gestionar el riesgo primario y técnico en su población, en conjunción con sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para lo cual puede hacer uso de incentivos, en marco de sus acuerdos de voluntades, las modalidades de pago existentes y el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).
12. Buscar la satisfacción y los mejores resultados en salud posibles para las personas afiliadas a su cargo y la protección de la vida, de acuerdo con los principios y lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
13. Gestionar el riesgo financiero en salud de las personas y la población a su cargo, mediante su adecuada gestión del riesgo en salud, la eficiencia en la gestión operativa, la estructuración inteligente de acuerdos de voluntades con los prestadores de salud, gestores farmacéuticos y demás agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

14. 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 vigente.

15. Disponer de un Sistema de Información coordinado con el Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS), para las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil para la atención de inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas, con el fin de ofrecer soluciones efectivas.

Parágrafo. La captura de datos para la caracterización de los riesgos poblacionales deberá contratarse con los Centros de Atención Primaria (CAPS) en donde el usuario está adscrito, cumpliendo con indicadores de cobertura y resultados, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA).

ARTÍCULO 27°. Habilitación de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. El Gobierno nacional establecerá los requisitos mínimos de habilitación y permanencia para operar el aseguramiento social en salud, que serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia Financiera de Colombia, la cual emitirá la habilitación que autorizará su funcionamiento.

ARTÍCULO 28°. Sistema de referencia de precios. El Ministerio de Salud y Protección Social construirá un Sistema de referencia de precios que contenga piso y techo y que oriente la contratación, compra y venta de servicios y tecnologías en salud, como herramienta facilitadora de la gestión integral del riesgo entre los actores del Sistema. El sistema considerará variables relacionadas con estructura organizacional, infraestructura, oferta de talento humano en salud, tecnología y calidad de los prestadores de bienes y servicios de la salud.

CAPÍTULO V.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 29°. Conformación y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Con el propósito de lograr el acceso efectivo a servicios de salud por parte de todos los habitantes del territorio nacional, la equidad en salud y la resolutivez del Aseguramiento Social en Salud, las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RISS) deberán contar con un componente primario, cuyo eje fundamental serán los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con servicios habilitados de primer nivel de atención en salud, se constituirán como Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá las condiciones y características para la constitución de los CAPS, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

Parágrafo 1. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, bajo los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del proceso de Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), determinarán el número, la ubicación y las características de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos interdisciplinarios de atención primaria en salud (EPAS) que deberán existir en los Territorios de Gestión de Salud. Todos los territorios tendrán un promotor designado para un determinado número de familias.

Parágrafo 2. Los CAPS y los EPAS se implementarán progresivamente con prioridad en los municipios de categorías 5 y 6 y en zonas donde existan brechas de desigualdad en salud.

ARTÍCULO 30°. Atenciones de los Centros de Atención Primaria en salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en coordinación con los Equipos interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), deberán garantizar, como mínimo, los siguientes servicios:

1. Recolección de información para la caracterización de riesgos de salud individuales, familiares, poblacionales, comunitarios, de acuerdo con el entorno donde habita e identifica las necesidades en salud de la población.
2. Consulta médica de urgencias y ambulatoria resolutive.
3. Gestión clínica del riesgo en salud para las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Riesgos Cardiovasculares y Metabólicos y de Riesgos Materno-Perinatales o aquellas que según la caracterización poblacional sean priorizadas.
4. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de acuerdo al comportamiento epidemiológico del territorio.

Parágrafo. De acuerdo al enfoque intercultural los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), trabajarán articuladamente con las agrupaciones de parteras, conforme a la Ruta Integral de Atención de Salud Materno-Perinatal.

ARTÍCULO 31°. Habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los criterios y estándares para la habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), con enfoque diferencial y territorial, atendiendo a las necesidades y condiciones socio-económicas y culturales particulares de cada territorio y sus comunidades.

Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales realizarán la habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo el marco de lo dispuesto por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

ARTÍCULO 32°. Conformación y Funcionamiento de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS). Los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en salud (EPAS) tendrán vocación extramural y estarán coordinados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), articuladamente con las Gestoras de Salud y Vida y la gestión integral del riesgo en salud de los individuos y comunidades. Contarán con promotores de salud que tendrán un grupo de la personas y familias a su cargo, realizarán la recolección de los datos primarios para la identificación y caracterización de los riesgos en salud individuales y colectivos, actividades de promoción de la salud y atenciones básicas en salud. Además, los promotores de salud activarán al resto del equipo a necesidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá desarrollar los lineamientos técnicos para la conformación y operación de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), dentro del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, los elementos de uso eficiente de los recursos y evaluación de resultados dentro de los seis meses siguientes a la sanción de la presente Ley.

Los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) deberán interactuar y funcionar articuladamente con otros sectores sociales para la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud, Para tales efectos, los demás sectores sociales podrán complementar estos equipos con perfiles de técnicos, tecnólogos y profesionales necesarios para abordar los Determinantes Sociales de la Salud. Las Entidades Territoriales propenderán por esta articulación, de forma efectiva y eficiente.

Parágrafo. La implementación progresiva de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), en el marco de la constitución de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se priorizará las zonas rurales con población dispersa y aquellos lugares donde existan brechas de desigualdad en salud.

ARTÍCULO 33°. Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales de Servicios de Salud podrán ser prestados por instituciones públicas, privadas o mixtas.

Los servicios en materia de promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se garantizarán por las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) con la suficiencia técnica y administrativa necesarias.

La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), las cuales se conformarán y gestionarán 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 resolutive.

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico y las prioridades del Plan Territorial de Salud, deben conformar las RIISS, articulando los servicios primarios y complementarios tanto públicos como privados.

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida deben garantizarle a su población a cargo los servicios y tecnologías necesarios para atender sus riesgos en salud, mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), en los lugares donde sus afiliados a cargo habitan, estudian o trabajan, con sujeción a las normas que regulan la garantía de portabilidad, así como la totalidad de los servicios primarios en el nivel municipal y complementarios el nivel municipal o departamental. En caso de no contar con la totalidad de los servicios en el ámbito municipal por falta de oferta, deberá garantizarlo en los **municipios inmediatamente contiguos**.

Parágrafo 1. Para el caso de servicios de salud sub-especializados con oferta limitada, estos podrán garantizarse en el nivel de Territorios de Gestión en Salud o excepcionalmente, en el nivel nacional.

ARTÍCULO 34°. Conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Todos los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) deberán pertenecer a una (RIISS) para poder ofertar servicios al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Un Prestador de Servicios podrá pertenecer a dos o más RIISS. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud estarán conformadas por los siguientes componentes, como mínimo:

1. Componente primario, a través de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y servicios de urgencias médicas y odontológicas.
2. Servicios especializados ambulatorios.
3. Servicios de hospitalización general o especializados, incluyendo hospitalización domiciliaria.
4. Servicios de rehabilitación y apoyo terapéutico.
5. Servicios de laboratorio y apoyo diagnóstico.
6. Laboratorios de salud pública.

7. Servicios de dispensación y entrega de medicamentos, dispositivos médicos.

Parágrafo. El componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, a través de los CAPS, estará en el ámbito municipal y rural. El componente de mediana y alta complejidad se desarrollará principalmente en el ámbito subregional y departamental, dentro de los Territorios de Gestión de Salud. Excepcionalmente, en función de la disponibilidad del talento humano idóneo, las capacidades instaladas y la situación epidemiológica, los Territorios de Gestión de Salud podrán acordar la prestación de servicios complementarios sub-especializados en un Departamento continuo.

ARTÍCULO 35°. Habilitación 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.

ARTÍCULO 36°. Condiciones para la Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud se habilitarán para un Territorio de Gestión de Salud, por el Ministerio de Salud y Protección Social fundamentado el aval que otorguen las respectivas direcciones Departamentales y Distritales que pertenezcan al territorio de gestión en salud, previa concertación de la conformación de las redes de servicios de salud de su jurisdicción en coordinación con las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS).

Parágrafo 1. Entre tanto el Ministerio de Salud y Protección Social no realice la habilitación de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud de una Entidad Gestora de Salud y Vida para el Territorio de Gestión de Salud, esta Entidad podrá operar transitoriamente en la jurisdicción de los Departamentos o Distritos del Territorio de Gestión de Salud, previo aval de su red de servicios por las respectivas Direcciones Departamentales y Distritales.

Parágrafo 2. Para la habilitación de las redes el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tendrá máximo seis (6) meses para actualizar y habilitar las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de las Entidades Gestoras de Salud y Vida para los Territorios de Gestión de Salud, y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, tendrán seis (6) meses para conformar las redes cada Entidad Gestora de Salud y Vida, a partir de la presentación de su propuesta de red.

ARTÍCULO 37°. Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud generarán 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) tanto de las Gestoras de Salud y Vida como del Modelo de Aseguramiento Público, el cual estará bajo el marco del Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS).

El Sistema de Monitoreo de las RIISS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y prestarán 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 General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), evitando la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 38°. Resultados en Salud en la gestión de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de las Gestoras de Salud y Vida y el Aseguramiento Social en salud por parte del Estado deberán estar basadas en 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 definirá los lineamientos y el aplicativo para tal fin.

ARTÍCULO 39°. Transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) a Instituciones de Salud del Estado (ISE). La prestación de servicios de salud por parte de la red pública hospitalaria, incluidos los Centros de Atención Primaria en Salud públicos, tendrán carácter social, para lo cual las Empresas Sociales del Estado (ESE) se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Éstas se constituirán en 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 40°. 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.

Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan y el marco legal correspondiente.

ARTÍCULO 41°. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se agruparán por prestadores primarios y prestadores complementarios, y operarán en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), 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 socio-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.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las tipologías y niveles de complejidad y clasificará las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de acuerdo con este reglamento.

Parágrafo 2. 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 del Aseguramiento Social en Salud 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 configurados en red, creados por ordenanzas, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el sistema de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

Parágrafo 3. La creación de nuevas 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 42°. Régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). 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.

Parágrafo. Aquellos establecimientos públicos creados por la Ley, Asambleas Departamentales, Consejos Distritales o Municipales, que estén adscritos a Ministerios, Departamentos, Distritos o Municipios que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental, serán considerados como Instituciones de Salud del Estado (ISE), con denominación de "Instituciones de Salud Ambiental Estatal (ISAE)"

ARTÍCULO 43°. Régimen de contratación de las Instituciones de Salud del Estado (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 determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de negociación 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.

ARTÍCULO 44°. 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 45°. 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 46°. 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. Para ser 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 tres (3) 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 dos (2) años 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. Para ser 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. Para ser 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.

Parágrafo. 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 47°. Provisión del empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). 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 48°. 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 49°. Causales especiales de retiro del director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). 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 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 50°. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (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 pertinentes y complementarias.

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 51°. Derechos de permanencia de los servidores en las Instituciones de Salud del Estado (ISE). 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 zonas con población dispersas y de difícil acceso.

ARTÍCULO 52°. Entidad de Salud del Estado Itinerante (Hospital Itinerante). Para las zonas alejadas y con población dispersa y de difícil acceso podrán operar instituciones prestadoras de salud de naturaleza públicas, privadas o mixtas bajo la figura de Hospital Itinerante, que prestará atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y de las Patrullas Aéreas Colombianas u otras Entidades u organizaciones públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tales fines.

CAPÍTULO VI

TALENTO HUMANO EN SALUD

ARTÍCULO 53°. Política Nacional de Talento Humano en Salud (THS). El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, actualizará de manera integral e iniciará la implementación completa de la Política Nacional de Talento Humano en salud, la cual debe incluir como mínimo:

1. Las directrices para que los modelos de educación, formal y continuada, del Talento Humano en Salud, se ajusten al desarrollo de competencias requeridas para garantizar en forma progresiva el derecho a la salud previsto en la Ley Estatutaria de salud.
2. Desarrollar modelos y programas de formación continuada del THS que garanticen el mantenimiento de la competencia del THS en el tiempo.
3. Establecer mecanismos de política pública para ajustar la oferta del THS a los cambios en la demanda de servicios de salud.
4. Determinar incentivos para el disminuir las inequidades de perfiles asistenciales en los territorios.
5. Establecer políticas de salud para reducir las brechas de Talento Humano en Salud capacitados y distribuidos de manera adecuada, para lograr la salud universal, de calidad y equitativa.
6. Limitación y eventualmente eliminar las relaciones laborales inestables y altamente intermediadas del Talento Humano en Salud.

ARTÍCULO 54°. Necesidades estratégicas del talento humano en salud. En el marco de la Política Nacional de Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las necesidades estratégicas de Talento Humano en Salud para el país, cada cuatro años, las cuales deberán ser abordadas de forma armónica y coordinada con el Ministerio de Educación Nacional y las instituciones de educación superior e instituciones de educación para el trabajo y las demás que correspondan.

Parágrafo. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, se realizará el diagnóstico de las necesidades estratégicas de talento humano en salud que se requiere a nivel nacional.

ARTÍCULO 55°. Observatorio de Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, adelantará la reorganización del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), de manera que este se desarrolle como una iniciativa de cooperación entre varios sectores y organizaciones para mejorar las decisiones políticas en materia de THS, para el intercambio de información y desarrollo de capacidades

para mejorar el desarrollo del personal sanitario. El OTHS deberá tener como principales funciones:

1. La consolidación de información sobre el Talento Humano en Salud en materia de educación
2. El análisis y la obtención de pruebas sobre la dinámica del mercado laboral
3. La identificación de las cuestiones clave de la política de Talento Humano en Salud.
4. La revisión y perfeccionamiento de los sistemas de información y seguimiento del Talento Humano en Salud, incluidos los indicadores clave y los métodos para compartir datos
5. La implementación de métodos para el análisis de la oferta y la demanda del Talento Humano en Salud, entre otras.

Parágrafo. Estarán obligados a reportar información al OTHS, para el cumplimiento de sus funciones: el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, las Instituciones de Educación Superior instituciones de educación para el trabajo que tengan programas vigentes de formación del Talento Humano en Salud, las Empresas Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los apoyos logísticos en tecnologías en salud y gestores farmacéuticos y en general cualquier institución de cualquier nivel relacionado con la dinámica del Talento Humano en Salud del país, en la forma y condiciones que determine el Gobierno Nacional.

ARTÍCULO 56°. Incentivos para la suficiencia y redistribución del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, y con base en el diagnóstico estratégico, 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, para lo cual podrán hacer uso de los subsidios de oferta.

Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria y el Modelo de Atención Diferencial, especialmente aquellos de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria (EPAS) y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, pandemias, epidemias u otros.

ARTÍCULO 57°. Formalización del Talento Humano en Salud. La formalización del THS corresponde a la vinculación de éste 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 THS 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 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.

Parágrafo 1. 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 iniciar un proceso progresivo de formalización laboral que deberá tomar máximo tres (3) años, para lo cual podrán crear plantas temporales para la vinculación del personal que labora permanentemente en la institución, de acuerdo con las prioridades que identifiquen.

Parágrafo 2. El Estado dispondrá los recursos necesarios para la formalización de la planta misional de trabajadores de la salud de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) dentro de los siguientes doce (12) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, priorizando las instituciones de los municipios categoría 4, 5 y 6.

Parágrafo 3. 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.

ARTÍCULO 58°. 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 59°. Pago digno, justo y oportuno para los trabajadores de la salud. 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.

ARTÍCULO 60°. 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 61°. 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 al 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 62°. Formación de médicos especialistas por parte de instituciones prestadoras de salud. Los hospitales universitarios públicos, privados y mixtos, podrán formar especialidades médicas, en convenio con instituciones de educación superior, de conformidad con las condiciones que determinen los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional.

ARTÍCULO 63°. 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.

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 cada región y población del país.

Parágrafo 1. Los beneficiarios nacionales y extranjeros de becas de residencias médicas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.

Parágrafo 2. 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.

CAPÍTULO VII

POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

ARTÍCULO 64°. Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud. El Gobierno Nacional reglamentará una política con visión estratégica de largo plazo de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, liderada conjuntamente por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, la cual deberá contemplar:

1. Desarrollo de capacidades científicas del país y el talento humano.
2. Desarrollo y fomento a la investigación en ciencias básicas y avanzadas, priorizando las primeras.
3. Generación de redes de conocimiento para la innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
4. Industrialización nacional en salud y transferencia de tecnología y conocimiento, con el objetivo de la producción a pequeña, mediana y gran escala de tecnologías en salud en el país, la cual deberá estar acorde con la mejor evidencia científica disponible.
5. De acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la autonomía médica, El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) utilizará tecnologías de 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.
6. Mecanismos de financiación sostenible para las tecnologías innovadoras y rutas diferenciales para el estudio de su evidencia, con enfoque en la evaluación y reconocimiento del valor terapéutico de las tecnologías innovadoras en salud con criterios diferenciales.

ARTÍCULO 65°. Interoperabilidad de sistemas para la trazabilidad de la prescripción médica. 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 (SGSSS), para lo cual, implementará un sistema de información que garantice la trazabilidad nominal de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud, el cual deberá ser interoperable con el Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS) Igualmente, deberá ser unificado e interoperable con los sistemas propios de información de los actores del SGSSS.

Parágrafo. El Gobierno Nacional dispondrá de los recursos financieros necesarios para el desarrollo de este sistema, el cual podrá ser operado por agentes especializados en la materia.

ARTÍCULO 66°. Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD). Créese el Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD), como organismo autónomo con personería jurídica propia, que se regirá por estatutos constitutivos que reglamentarán su funcionamiento, del orden nacional, vinculado al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tendrá como su domicilio principal la ciudad de Bogotá, D.C., y podrá establecer subsidiarias, sucursales y agencias en el territorio nacional y en el exterior.

El INSALUD tendrá por objetivo la investigación, el desarrollo, la producción en sus distintas fases y la distribución de tecnologías de salud estratégicas para la soberanía sanitaria del país, especialmente vacunas y medicamentos genéricos, en el marco de la Política de Innovación y Desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud.

Se faculta al Presidente de la República para reglamentar la constitución del INSALUD con participación de la Nación y de capital privado nacional o extranjero. En caso de no obtenerse la integración de capital privado, el INSALUD podrá constituirse solamente con aportes de la Nación.

Parágrafo. Independientemente del capital de constitución, el INSALUD podrá realizar alianzas estratégicas con el sector público, privado o mixto, académico, de la industria farmacéutica u otro sector, para el logro y cumplimiento de sus objetivos. De igual manera, propenderá por los más altos estándares técnico-científicos para la investigación y manufactura, además de la eficiencia administrativa conforme con las mejores prácticas de gobierno corporativo.

ARTÍCULO 67°. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y bajo el marco de la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos, fortalecimiento de la ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos, regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptadas y adaptadas a la entidad.

ARTÍCULO 68°. Del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) del instituto de evaluación tecnológica en salud-IETS. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS, entidad descentralizada indirecta o de segundo grado del orden nacional seguirá siendo una entidad independiente en el ámbito técnico y administrativo. Le corresponderá al Gobierno Nacional, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, cubrir los gastos de funcionamiento e inversión del IETS

para lo cual este Ministerio deberá destinar y transferir los recursos necesarios de su presupuesto.

El IETS adelantará de manera exclusiva e independiente las evaluaciones de tecnología en materia de salud que se considerarán de referencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo en cuenta criterios cualitativos y cuantitativos que permitan una evaluación holística y justa de cualquier tecnología de salud, conforme a lo establecido en el artículo 93 de la Ley 1438 de 2011.

Parágrafo. El IETS podrá contratar con el sector privado, público y mixto, en el marco del desarrollo de su objeto.

ARTÍCULO 69°. 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.

La referenciación internacional deberá ser la base para la fijación de precios en el país. El precio de referencia nacional (PRN) será utilizado solo como referencia, 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. La regulación de precios aplicará para el canal comercial y el institucional.

ARTÍCULO 70°. Políticas de Estado para la soberanía y seguridad farmacéutica. Tanto la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, como la Política para el acceso de Medicamentos, Insumos y Tecnologías de salud serán políticas de Estado para garantizar la seguridad farmacéutica.

CAPÍTULO VIII

FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

ARTÍCULO 71°. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). La ADRES tiene por objeto garantizar el

recaudo, el adecuado flujo, la administración y control de los recursos que financian el Sistema de Salud.

Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud:

1. Recaudar 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); recaudar y administrar los recursos de Coljuegos con destinación a ciencia y tecnología en salud y todos los demás recursos previstos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los cuales confluirán en la Entidad.
2. Gestionar el recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley, dentro del esquema de unidad de caja con situación de fondos y bajo condiciones óptimas de manejo de cuentas bancarias, de manera que se logre optimizar costos de transacción sin que esto represente riesgos de contraparte. 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.
3. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la Atención Primaria en Salud, el adecuado funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria (EPAS) y cuando se establezcan subsidios de oferta.
4. Administrar los recursos del Sistema y del Fondo de Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo previsto en el presente artículo.
5. Administrar los recursos que el Gobierno Nacional determinará una fuente para financiar los servicios sociales complementarios en salud.
6. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, para lo cual deberá establecer un sistema de información interconectado con la factura electrónica de venta para el sector salud, donde se tendrá en cuenta, entre otras variables, las fechas de expedición, radicación y aceptación de la factura, para contribuir a mejorar los indicadores de cartera.
7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.
9. Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas a entidades gestoras de salud y vida de forma aleatoria. 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.

10. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales y Entidades Gestoras de Salud y Vida.

11. Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas y conceptos definidos en la presente ley.

12. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

13. Administrar la información propia de sus operaciones.

Parágrafo 1. A partir de las verificaciones, la entidad deberá generar análisis y notificará al Ministerio de Salud y Protección Social de cualquier evento atípico o situación de alarma que pueda poner en riesgo los recursos del sistema, su sostenibilidad y por ende el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

Parágrafo 2. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) dispondrá de lo necesario para generar análisis sobre el gasto en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus agentes, actual y proyectado a futuro. Con base en esto, generará recomendaciones de política pública y sostenibilidad de la financiación del Sistema.

ARTÍCULO 72°. Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la cual será reconocida mensualmente a cada entidad Gestora de Salud y Vida y al modelo de aseguramiento diferencial por cada una de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La UPC tendrá dos componentes fijos para cubrir la atención en salud de la población asegurada y sus prestaciones sociales y los gastos administrativos necesarios para la gestión de la Entidad Gestora de Salud y Vida y un componente variable como reconocimiento a la adecuada gestión de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, evidenciado en indicadores de resultados en salud, entre otros.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar adecuadamente el Plan Único de Beneficios en Salud (PUBS), ajustada a los riesgos de salud de la población y otras condiciones de acuerdo con lo establecido en la presente Ley.

Parágrafo. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Estado deberá concurrir con recursos financieros para asumir el riesgo financiero derivado de la misma.

ARTÍCULO 73°. Cálculo del componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales. Está destinado a la atención en salud y las prestaciones sociales; corresponde a los valores mínimos necesarios por cada usuario para garantizar los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho en el Sistema. Se sustentará en estudios técnicos, considerando ajustadores de riesgo para cada Entidad Gestora de Salud y Vida, en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, la densidad poblacional, las condiciones epidemiológicas, de riesgo en salud y socioeconómicas de la población, el costo de las tecnologías en salud, el comportamiento de la inflación, la referenciación internacional del gasto en salud, entre otros. El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos a tres años.

ARTÍCULO 74°. Componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación para los gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se destinará un porcentaje del valor total calculado de la UPC para los gastos administrativos necesarios para la adecuada gestión del riesgo en salud y financiera de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual será girado a cada Entidad Gestora de Salud y Vida, de acuerdo con su población a cargo, según corresponda. Este porcentaje será calculado a partir de un estudio hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social y en ningún caso sobrepasará el 7% del valor total de la UPC.

ARTÍCULO 75°. Cálculo del componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), corresponde al valor que se reconocerá a cada Entidad Gestora de Salud y Vida por la adecuada gestión del riesgo de cada uno de los afiliados Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a su cargo.

El Componente Variable de la UPC alcanzará hasta el 3% del valor total calculado de la UPC, teniendo en cuenta como mínimo los siguientes criterios: (i) Satisfacción de los Usuarios, (ii) el cumplimiento de indicadores de resultados en salud, (iii) la estabilidad y eficiencia en el manejo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), (iv) Calidad y oportunidad en el reporte de la información al sistema (v) agilidad y oportunidad en la auditoría y o autorización para la realización de giros por parte de la ADRES.

El Ministerio de Salud y Protección Social formulará una metodología de cálculo y reconocimiento del Componente Variable de la UPC, con base en la evolución de cada criterio y sus indicadores, el cual reconocerá un mayor valor a las Entidades Gestoras de Salud y Vida que presentan mejores resultados en dichos criterios y sus indicadores, frente a un menor valor para aquellas que presenten los resultados más bajos.

El Ministerio de Salud y Protección Social presentará el resultado de la aplicación de la metodología de cálculo del Componente Variable de la UPC para cada Entidad Gestora de Salud y Vida al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud antes de finalizar el año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la vigencia siguiente.

Parágrafo. El componente variable de la UPC no se aplica al Aseguramiento Social en Salud por parte del Estado.

ARTÍCULO 76°. Implementación del Cálculo de la UPC con el componente fijo y variable. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, realizarán un estudio técnico a profundidad con los criterios para el cálculo de la UPC dispuestos por esta Ley, el cual debe ser completado antes de los siguientes doce (12) meses luego de la sanción de la presente Ley. El estudio será presentado al Consejo Nacional de Salud, el cual emitirá sus recomendaciones; con base en lo anterior se adoptará el nuevo cálculo por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

ARTÍCULO 77°. Flujo de los recursos financieros del Aseguramiento Social en Salud. La ADRES efectuará directamente el giro de los recursos para la prestación de los servicios y tecnologías en salud contratados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, en los casos en que se realice la provisión directa.

Para la realización de los giros, la ADRES en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá establecer un sistema de información interconectado con la factura electrónica de venta para el sector salud, donde se tendrá en cuenta, entre otras variables, las fechas de expedición, radicación y aceptación de la factura, para contribuir a mejorar los indicadores de cartera.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología y los mecanismos de auditoría financiera al giro de los recursos del sistema, bajo los principios de transparencia, eficiencia, y oportunidad. Para estos mecanismos de auditoría de los recursos de la salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida concurrirán con la validación de la información, facturas y pagos a efectuar.

Parágrafo 2. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) pagará el 70% del valor a girar de los servicios de salud

y tecnologías en salud, al presentar la factura con requisitos completos ante la Entidad Gestora de Salud y Vida, reservando el 30% restante a la finalización de la revisión y auditoría de estas prestaciones.

ARTÍCULO 78°. Sobre los excedentes y suficiencia del componente fijo de la UPC. Los excedentes anuales, si los hubiere, de la cuenta individual de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, del componente fijo de la unidad de pago por capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales, se mantendrán para la siguiente vigencia fiscal la misma destinación para garantizar a los usuarios los beneficios definidos por el sistema. En ningún caso estos recursos remanentes pertenecerán o serán girados a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

ARTÍCULO 79°. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. Con el objetivo de prever el registro de posibles gastos por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, constituirán las respectivas reservas técnicas y contabilizarán los ingresos sin situación de fondos y los gastos de acuerdo con la naturaleza de la operación.

La ADRES constituirá el régimen de inversión de la reserva técnica de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, con los recursos que se manejan en la cuenta de atención en salud de cada Entidad. En Los rendimientos financieros que se llegaren a generar permanecerán en la misma cuenta de atención en salud, con excepción a los que deban transferirse para el financiamiento del Fondo de Garantías en Salud.

ARTÍCULO 80°. Suficiencia Patrimonial de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Con el objetivo de asegurar la adecuada gestión en salud de su población afiliada, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una suficiencia patrimonial para respaldar el gasto en salud frente a un eventual exceso de siniestralidad, cuando se supere una ejecución del 100% de la UPC calculada suficientemente y dicha sobrejecucion resulte de una inadecuada gestión de la población, de conformidad con los indicadores definidos por el MSPS.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público elaborarán, dentro de los siguientes dieciocho (18) meses posterior a la sanción de la presente Ley, un estudio técnico para definir la suficiencia patrimonial de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, articuladamente con el estudio de cálculo de la UPC con criterios aquí contenidos y reglamentará el cálculo y lineamientos para la constitución de los recursos líquidos que estas entidades deberán mantener en sus activos. El cálculo de este patrimonio podrá alcanzar hasta el 3% de los recursos de la UPC establecidos para cada Entidad Gestora de Salud y Vida.

Parágrafo 2. Entre tanto ocurre la transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y Vida, las EPS deberán contar con las respectivas Reservas Técnicas según lo dispuesto por el marco normativo vigente.

Parágrafo 3. La suficiencia patrimonial será un criterio para la habilitación para la operación y funcionamiento de las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

ARTÍCULO 81°. Financiación de la Atención Primaria en Salud. Los Centros de atención Primaria en Salud y sus Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), públicos, privados o mixtos, harán parte de la oferta de prestadores del componente primario de las RIIS. Se financiarán con los recursos de UPC que les reconozcan las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 1. En los casos de los CAPS y los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) de naturaleza pública ubicados en zonas cuyas condiciones de mercado no les permitan el equilibrio financiero por cuenta exclusiva de la venta de servicios, podrán recibir subsidio a la oferta mediante transferencias de la nación o de las entidades territoriales. Del mismo modo, las entidades territoriales contratarán los servicios de los EPAS adscritos a los CAPS públicos con parte de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud Pública.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley el porcentaje mínimo de UPC que se destinará para este fin de manera diferencial por territorios y por municipios, según el número de habitantes y las fuentes de los recursos de oferta de la nación y de las entidades territoriales que se utilizarán para complementar por subsidio a la oferta los CAPS y EPAS de carácter público.

ARTÍCULO 82°. De los Servicios Sociales Complementarios en Salud. El Gobierno nacional determinará una fuente para financiar los servicios sociales complementarios en salud, la cual será administrada de la Administradora de los Recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud (ADRES). Para tales efectos, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará un listado de estos servicios, el cual deberá ser actualizado permanentemente.

ARTÍCULO 83°. Saneamiento de Hospitales Públicos previa a la transformación en ISE. Las Empresas Sociales del Estado, en el marco de su transformación a Instituciones de Salud del Estado (ISE), deberían realizar un proceso de saneamiento de sus pasivos. Para este fin, en los términos del artículo 33 de la Ley 2155 de 2022, las entidades territoriales podrán acceder directamente a los créditos con condiciones blandas que otorgue FINDETER.

En los términos de la mencionada ley los proyectos de saneamiento fiscal y financiero serán considerados de inversión y en consecuencia podrán financiarse igualmente con recursos de regalías. Para este fin se establecerá un proceso expedito de tal forma que el proyecto pueda ser viabilizado en corto plazo mediante la información que sobre el monto a sanear entregue el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en desarrollo de la gestión realizada según lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1966 de 2019.

ARTÍCULO 84°. Salvamento de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de salud en estado de liquidación inminente.

Cualquier acreedor podrá evitar la liquidación de una Entidad Gestora de Salud y Vida cuando su causa sea por el incumplimiento de condiciones financieras o de solvencia, o, de un prestador de servicios de salud cuando esté en proceso de liquidación por aspectos económicos o financieros, manifestando su interés en aportar nuevo capital, en los términos que se indican a continuación, siempre y cuando se evidencie con la información que reposa en el expediente que el patrimonio de la Entidad Gestora de Salud y Vida o el prestador de servicios de salud es negativo.

1. Manifestar el interés una vez proferido el acto administrativo o auto que ordena el inicio del proceso de liquidación, según corresponda, en el término para presentar recursos durante la audiencia o durante la ejecutoria que decreta la liquidación.
2. Presentada la manifestación de interés, la Superintendencia Nacional de Salud mantendrá el nombramiento del liquidador, pero suspenderá otros efectos de la liquidación, según corresponda.
3. La suspensión de los efectos de la liquidación procederá siempre y cuando, junto con la manifestación de interés, el acreedor o acreedores interesados presten garantía para el aporte de nuevo capital.
4. La oferta económica deberá corresponder, como mínimo, al valor a pagar por la totalidad de los créditos a los que hace referencia el literal a) y b) del artículo 12 la Ley 1797 de 2019.
5. La suspensión de los efectos de la liquidación procederá hasta máximo por un (1) mes.
6. Si el interesado o interesados realizan el depósito del valor completo de la operación, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación.
7. Aprobada la operación, se realizarán los pagos a favor de la totalidad de los créditos a los que hace referencia el literal a) y b) del artículo 12 la Ley 1797 de 2019, con cargo al depósito realizado por el interesado; el incumplimiento de esta obligación será causal de liquidación inminente y no procederá una nueva manifestación de interés de aporte de capital.
8. Realizados los pagos a los que se refiere el numeral anterior, terminará el proceso de liquidación, en la cual se aprobará la rendición final de cuentas, se fijarán los honorarios del liquidador, se ordenará la capitalización a valor nominal de las acreencias pagadas y la emisión de nuevas acciones o cuotas de interés a favor del adquirente o de los adquirentes. Para estos efectos no se aplicará el derecho de

preferencia. Igualmente, en la providencia se ordenará la cancelación de las acciones de los anteriores accionistas o asociados.

9. De no realizarse el depósito del valor completo a pagar por parte del oferente u oferentes seleccionados, la Superintendencia Nacional de Salud impondrá una sanción equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor ofertado, la cual, corresponderá a un ingreso no gravado para la masa de la liquidación. En este caso, al igual que en el evento en el que no se confirme la operación, se continuará con el proceso de liquidación, conforme las etapas que correspondan.

10. Los acreedores que presenten ofertas conjuntas responderán por ellas solidaria e ilimitadamente. En caso de que exista más de una oferta, se preferirá aquella que presente el mayor valor. Si se presentan ofertas iguales, se preferirá la del acreedor no vinculado sobre la del acreedor vinculado.

ARTÍCULO 85°. Insolvencia empresarial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 y a las Entidades Promotoras de Salud les serán aplicables las normas del proceso de reorganización establecido en los artículos 9 a 46 de la referida Ley.

CAPÍTULO IX

SISTEMA ÚNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD

ARTÍCULO 86°. Elementos esenciales del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS). Son elementos esenciales del SUIS:

1. Proporcionar "información para la acción."
2. Mostrar resultados y aportar pruebas para futuras intervenciones.
3. Fundamentar los datos para la rendición de cuentas.
4. Mejorar la calidad de los análisis y la capacidad para tomar decisiones correctas.
5. Alinear los objetivos, incentivos y mediciones del rendimiento para mejorar la coordinación de acciones.
6. Unificar indicadores clave para mantener una visión única del rendimiento en todo el sistema.
7. Eliminar las lagunas en los datos subyacentes, las consultas de datos mal diseñadas, la visualización inadecuada, la falta de estandarización y las malas experiencias que pudieran limitar la utilización de la analítica en la generación de conocimiento e inteligencia.

ARTÍCULO 87°. Subsistemas del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS). El SUIS estará conformado por al menos los siguientes subsistemas:

1. **Subsistema de Gestión del Riesgo en Salud.** En el que se gestionarán datos e información relativos a:

1.1. Desarrollar perfiles sanitarios cronológicos nacionales y regionales, en particular de morbilidad, mortalidad y utilización de servicios, junto con el despliegue de los recursos adecuados para la evaluación de los cambios generales de esos perfiles a lo largo del tiempo.

1.2. Recopilar conjuntos normalizados de datos e indicadores para elaborar informes estadísticos oficiales.

1.3. Construir series históricas e informes de resumen de los valores, variaciones, tendencias, evaluación e información resultante sobre la población del país y sus unidades políticas.

Lo anterior se realizará adoptando conjuntos de datos recomendados por organizaciones internacionales, que permitan la comparación de los resultados nacionales con otros países de la región y el mundo.

2. **Subsistema de RIISS.** Que prestará especial atención a la cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud, el seguimiento a cohortes de alto riesgo, de alto costo, la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficacia, seguridad y aceptabilidad de la prestación de los servicios de salud.

3. **Subsistema de información para la calidad de la atención en salud.** En este subsistema se adelantarán procesos que busquen realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema de Calidad de la Atención en Salud (SICA), proporcionar información a los usuarios para elegir libremente su Entidad Gestora de Salud y Vida y su proveedor de servicios de salud con base a la calidad de los servicios.

4. **Subsistema de Talento Humano en Salud.** Su objetivo fundamental será captar las diversas dinámicas de las existencias y los flujos de THS, utilizando diversas fuentes de datos.

CAPÍTULO X

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 88°. Limitación de la Integración Vertical. Se prohíbe la integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad por parte de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, salvo por una situación certificada por el Ministerio de

Salud y Protección Social de oferta insuficiente de prestadores o de servicios de salud que afecten la garantía de continuidad del derecho fundamental a la salud para la población. Se permite la integración vertical en el componente primario de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIISS).

Parágrafo. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo desiete (7) años para cumplir con la disposición.

ARTÍCULO 89°. Inspección, Vigilancia y Control de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control de la gestión integral del riesgo en salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida de todas las condiciones técnicas de las siguientes funciones:

1. La organización y gestión de las Redes Integrales de Atención de Servicios de Salud (RIISS), según lo dispuesto en la presente Ley.
2. El cumplimiento de indicadores de resultados en salud y de gestión operativa relacionada con los procesos de gestión del riesgo en salud y ordenación del gasto en salud a los prestadores de servicios de salud.

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia realizará la Inspección Vigilancia y Control del cumplimiento de las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución, administración y utilización de las Reservas Técnicas.

Parágrafo. Bajo el principio de colaboración armónica de las Entidades públicas, la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia establecerán los canales de intercambio de información necesarios para el cumplimiento de sus funciones, además de la toma de decisiones por cada una de ellas.

ARTÍCULO 90. Control en la Gestión Integral del Riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. De acuerdo con las funciones de la vigilancia y el control del aseguramiento establecido con el artículo 44°, numeral 43.4.1. de la Ley 715 de 2001, en caso de detectar una alerta temprana por parte del Sistema de Monitoreo de las RIISS sobre la cual la Entidad Gestora de Salud y Vida no haya hecho la oportuna intervención, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, podrán adelantar acciones administrativas de corrección de los procesos y actividades específicas institucionales de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, con base en la mejor evidencia científica disponible, concepto o prescripción médica de un profesional de la salud debidamente habilitado en el territorio nacional para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los usuarios. De

igual manera, se deberá informar de esta situación a la Superintendencia Nacional de Salud, quien adelantará las acciones a que tenga lugar.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional deberá reglamentar este mecanismo de control de la Gestión Integral del Riesgo en un plazo no mayor al siguiente año posterior a la sanción de la presente Ley.

Parágrafo 2. Para generar una adecuada coordinación y control de la gestión integral del riesgo por parte de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud deberán confirmar un área específica dentro de su estructura administrativa y funcional, con capacidades técnicas y de talento humano suficientes. El Gobierno nacional podrá concurrir con recursos necesarios para esto.

ARTÍCULO 91°. Resolución administrativa de las necesidades de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Superintendencia Nacional de Salud generará un mecanismo de resolución administrativa de solicitudes de los usuarios del Sistema de Salud, el cual contará con un sistema interoperable con los canales de Peticiones, Quejas y Reclamos de las Gestoras de Salud y canales propios de la Entidad Nacionales y territoriales para acceso a este mecanismo por parte de los ciudadanos.

El mecanismo deberá contemplar las capacidades de los territorios para responder a estas solicitudes y la oportunidad de respuesta razonable por parte del Sistema de Salud, siempre anteponiendo la garantía del derecho fundamental a la salud y en ninguna circunstancia colocando en riesgo la vida de ninguna persona. Este mecanismo deberá resolver las peticiones, quejas y reclamos en un término no mayor a 5 días calendario desde su interposición por parte del usuario.

La Superintendencia Nacional de Salud generará una evaluación anual de lo atendido durante cada vigencia por este mecanismo, la cual debe evidenciar la suficiencia de capacidades en cada territorio para responder ante las necesidades de los usuarios.

Este mecanismo será el principal recurso que tendrán los usuarios para dirimir sus solicitudes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuando perciban alguna insatisfacción, fomentando su uso previo a otros instrumentos, sin perjuicio de la acción de tutela, de acuerdo con su derecho constitucional.

CAPÍTULO XI

RÉGIMEN DE TRANSICIÓN

ARTÍCULO 92°. 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 cuatro (4) años, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con recursos específicos para este propósito, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Podrán diseñarse líneas de crédito con tasas compensadas u otros instrumentos de alivio de deuda para este propósito.

ARTÍCULO 93°. Proceso de retiro ordenado de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGISV) deberán presentar un plan de retiro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que contemple el saneamiento de deudas de acuerdo a lo establecido en la presente Ley, así como un esquema de transferencia de sus usuarios a las futuras Entidades Gestoras de Salud y Vida, preservando las condiciones de atención al momento del retiro, su red de atención y los profesionales de la salud a cargo de los pacientes.

ARTÍCULO 94°. Garantía de la atención de los usuarios. Entretanto se habilitan las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) para los Territorios de Gestión de Salud y se configuran los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se atenderá a los usuarios indistintamente de la Entidad Gestora de Salud y Vida a la que se encuentra afiliado. Asimismo, cada usuario a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida preservarán su Institución Prestadora de Salud Primaria (IPS primaria) hasta tanto se realiza su adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS).

ARTÍCULO 95°. Transición al Aseguramiento Social en Salud. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) serán responsables de la gestión integral del riesgo de la población que tienen a cargo en todo momento hasta tanto no entren en operación las Entidades Gestoras de Salud y Vida o su población no sea transferida a una de ellas. En ningún momento ningún afiliado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) podrá dejar de contar con un operador del aseguramiento, sea este público o privado.

ARTÍCULO 96°. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida y la habilitación de sus Redes Integrales 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 explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.

ARTÍCULO 97°. 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 General de Seguridad en Salud, durante la transición de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y Vida 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 y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios mientras no hayan sido liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud y vida.

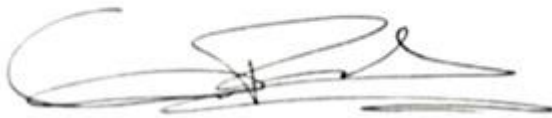
ARTÍCULO 98°. Pago de Deudas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) transformadas o liquidadas a las Empresas Sociales del Estado (ESE). Como parte de la transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades de Gestión de Salud y Vida (EGVIS), el Gobierno Nacional establecerá un proceso especial de saneamiento de la deuda contraída con las Empresas Sociales del Estado (ESE) por parte de las EPS que realicen su transformación a Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) y para aquellas EPS que no deseen su transformación para continuar operando en el Aseguramiento Social en Salud o no cumplan con las condiciones mínimas para su Habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se implementará un proceso de liquidación ordenado y transparente. Este proceso de saneamiento seguirá los siguientes esquemas generales:

1. Aquellas Entidades Promotoras de Salud (EPS) que en su proceso de transformación a Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) o liquidación cuenten con un respaldo financiero, iniciarán un plan de pagos y saneamiento de la deuda de forma inmediata.
2. Para aquellas Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida, pero cuyos indicadores no le permitan contar con un respaldo financiero, el Gobierno Nacional diseñará un programa o línea de crédito con un periodo de gracia de 5 años, tasas compensadas, entre otros instrumentos de alivio de deuda, al cual podrán acceder, con el único objetivo de pagar las deudas contraídas principalmente con las Empresas Sociales del Estado. La Superintendencia Financiera de Colombia, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, serán los encargados de diseñar e implementar dicho programa, pudiendo operarlo con las Entidades Financieras habilitadas para ello.
3. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen a Entidades Gestoras de Salud y Vida e ingresen a un proceso de liquidación, también accederán al programa o línea de crédito que el Gobierno Nacional cree para esta materia.

Parágrafo. La Superintendencia Financiera vigilará este proceso de saneamiento de deudas a la red pública hospitalaria, en el marco de lo establecido en este artículo.

ARTÍCULO 99°. Vigencia y derogatoria. La presente Ley entra en vigencia a partir de la fecha su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Del Honorable Representante,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca
Coordinador Ponente