

Bogotá, mayo 15 de 2023

Doctor
AGMETH ESCAF TIJERINO
Presidente
Comisión Séptima Constitucional
Cámara de Representantes

Asunto: Alcance al informe parcial del 11 de mayo, con texto aclaratorio de la numeración del articulado en el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 – Cámara, acumulado con los proyectos de ley No. 340 de 2023 - Cámara, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 – Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 – Cámara.

Señor Presidente:

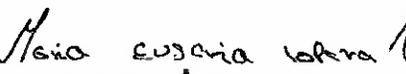
Esta Comisión accidental presentó un informe parcial el pasado 11 de mayo ante la Secretaría de la Comisión séptima de Cámara de Representantes, en el que se evidencia que dentro del trámite legislativo se cuenta con un informe de ponencia publicado en la Gaceta del Congreso 283 del 11 de abril de 2023, junto con su enmienda publicada en la Gaceta del Congreso 338 del 18 de abril de 2023, las cuales se encuentran debidamente integradas en un solo articulado. En dicho informe se aclaró un asunto de forma, el cual consiste en haber constatado que se debe adoptar la numeración propuesta en el punto cuatro (4) de la enmienda.

Por ende, dando alcance al informe y con el fin de garantizar el conocimiento completo, suficiente, veraz y preciso del texto en debate, esta subcomisión transcribe el articulado reenumerado por la enmienda, sin que se efectúe alguna modificación en el contenido de los artículos de la ponencia y enmienda, solicitando su publicación en el diario oficial para cumplir con el principio de publicidad. Adicionalmente, en el anexo se puede consultar el cuadro aclaratorio de la numeración.

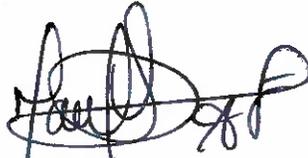
Atentamente,

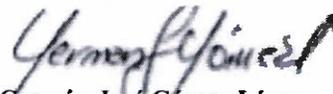

Alfredo Mondragón Garzón
Representante a la Cámara

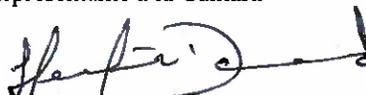

Juan Carlos Vargas Soler
Representante a la Cámara

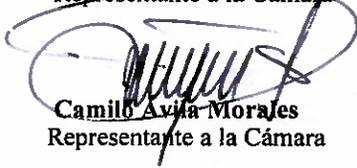

María Eugenia Lopera
Representante a la Cámara


Alexander Quevedo Herrera
Representante a la Cámara


Marta Lisbeth Alfonso Jurado
Representante a la Cámara


Germán José Gómez López
Representante a la Cámara


Héctor Chaparro Chaparro
Representante a la Cámara


Camilo Avila Morales
Representante a la Cámara


15 MAY 2023
17:02 h

I. TRANSCRIPCIÓN DEL ARTICULADO CON LA NUMERACIÓN AJUSTADA

PROYECTO DE LEY NO. 339 DE 2023 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NO. 340 DE 2023 CÁMARA, PROYECTO DE LEY NO. 341 DE 2023 CÁMARA, Y EL PROYECTO DE LEY NO. 344 DE 2023 CÁMARA.

"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

DECRETA:

TÍTULO I OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1: Objeto. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.

Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define criterios para el desarrollo de políticas en ciencia, innovación y tecnología, así como de formación y condiciones de trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

Artículo 2. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud se entiende como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros, en cuya operación confluyen de manera permanente, una gestión pública a través la institucionalidad del Estado y una privada y mixta a través de las Gestoras de salud y vida.

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

1. Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en la presente Ley.
2. Asegurar el carácter obligatorio del aseguramiento social en salud y su naturaleza de derecho para todos los habitantes de Colombia.
3. Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control del aseguramiento social en salud de la prestación de los servicios de salud.

4. Lograr el aseguramiento social en salud, como un sistema público, único, universal, eficiente y solidario, a través de prestadores públicos, privados y mixtos permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país.
5. Dirigir y orientar políticas de salud pública para prevenir enfermedades, promover la salud, analizar determinantes sociales e intervenirlos y fortalecer sistemas de información, vigilancia y control de indicadores en salud para la toma de decisiones.
6. Evitar que los recursos destinados al aseguramiento social en salud y al sistema de salud se destinen a fines diferentes.
7. Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público esencial de salud y el aseguramiento social en salud, como parte fundamental del gasto público social.

TÍTULO II

MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Artículo 4. Definición del modelo de salud. El modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal, centrado en las personas, las familias y las comunidades, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de atención primaria en salud integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

Desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

El modelo de salud establece la forma cómo se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención, rehabilitación, paliación y muerte digna en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la predicción basada en información constituyen los ejes centrales del Modelo de atención y las políticas transectoriales para la calidad de vida y el bienestar, con enfoque territorial y diferencial.

La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer las capacidades de las personas, familias y comunidades y la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo mediante la participación transectorial y el empoderamiento comunitario. La prevención es el conjunto de acciones, estrategias y medidas socio sanitarias, orientadas a disminuir oportunamente la aparición y desarrollo de una enfermedad o situación de desequilibrio en las personas y comunidades.

La predicción se refiere a que el modelo, con base en información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y participación social e intersectorial, identifica e interviene con anticipación las dinámicas protectoras y aquellas que vulneran la vida y la salud de una población en un territorio, a partir de la gestión de la salud pública liderada y conducida por la autoridad sanitaria a través de políticas, planes, programas y proyectos en forma dinámica, integral, sistemática y participativa, siendo fundamental para la operación del modelo de salud.

Artículo 6. Atención Primaria en Salud (APS). La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las redes integrales e integradas de servicios de salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutive e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y muerte digna. Es transversal al sistema de salud y todos los integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, lo cual debe evidenciarse en cada interacción del sistema con las personas, familias y comunidades.

El desarrollo de la atención primaria en salud contemplará, entre otros aspectos, los siguientes:

1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial.
2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes transectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal, de género e intrafamiliar.
3. La provisión integral e integrada, con financiación del sistema de salud, de los servicios de salud individuales y colectivos.
4. La atención domiciliaria y en los entornos comunitario, escolar, laboral e institucional en salud a través de equipos de salud territorial con el propósito de eliminar barreras de acceso a los servicios de salud.
5. El fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia y seguimiento de las personas asegurando así la continuidad de la atención y coordinando la adecuada derivación a los equipos de salud territorial.
6. La coordinación con otros sectores para su integración en el sistema de referencia y contrarreferencia y generación de respuestas transectoriales según caracterización de salud familiar y comunitaria.
7. Se tendrá una perspectiva de salud mental en todas las actuaciones y se buscará el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias y comunidades en todo el curso de vida, para transitar la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y ser productivos para sí mismos y sus comunidades.
8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia.
9. Garantizar la información requerida para la atención primaria en salud, permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
10. Fortalecimiento al acceso efectivo a servicios de salud, en especial, en zonas rurales, zonas con población dispersas, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.

11. La Atención Primaria de Salud integrará los enfoques de puerta de entrada, familiar, comunitario, longitudinalidad, continuidad.

Parágrafo 1. 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.

Parágrafo 2. El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo de Atención en Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo al igual que las intervenciones de los Equipos Territoriales de Salud deberán estar basadas en la evidencia y demás recursos disponibles, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) y hacer uso eficiente y transparente de los recursos.

Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los determinantes sociales de la salud, con el fin de mejorar las condiciones generales, familiares e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio.

Son determinantes sociales de la salud:

1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.
2. Seguridad y soberanía alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos y nutritivos para una buena y adecuada nutrición.
3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.
4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.
5. Ambiente sano.
6. Acceso al transporte.
7. Acceso a la educación.
8. Enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género.
9. Control de vectores, control zoonosis y tenencia adecuada de mascotas.
10. 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 por su relación con el derecho fundamental a la salud de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública y sus expresiones en el ámbito territorial.

Artículo 8. Territorio para la gestión en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo el fortalecimiento del diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial; la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y 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 Integrales e Integradas, 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, familias y comunidades que allí habitan.

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

elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basados en distancias entre municipios o distritos de distintas tipologías, iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales, y iv) criterios a partir de los cuales se definen los territorios PDET y ZOMAC.

Parágrafo 2. Los Territorios para la gestión en salud podrán acudir a esquemas asociativos territoriales.

Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud. El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Todos los CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta.

Los CAPS facilitarán el acceso de la población a otros sectores del Estado, para dar respuesta integral a las necesidades identificadas de su población adscrita y promoverán la participación social y comunitaria.

Las acciones de los CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales son universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales, y en el marco del modelo preventivo, predictivo y resolutivo del que trata esta ley.

Los CAPS desarrollarán los procesos de adscripción poblacional, administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, gestión intersectorial y participación social.

Los CAPS prestan servicios de salud individuales, servicios de salud colectivos y de salud ambiental en modalidad intra y extramural y podrán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articulan con los servicios sociosanitarios y de cuidado.

El Gobierno Nacional reglamentará su conformación, tipologías, funcionamiento e integración en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

La financiación de los CAPS se hará con recursos a la oferta, provenientes de la Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de acuerdo a presupuestos estándar que financie la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social regulará el rol de los CAPS de naturaleza privada o mixta incluidas las que sean propiedad de las Gestoras de Salud y Vida en el cumplimiento de las funciones de salud pública de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.

Parágrafo 2. Los Centros de Atención Primaria en Salud de naturaleza pública se organizarán como Instituciones de Salud del Estado - ISE del nivel primario, podrán tener y operar sedes en el ámbito de su territorio y población adscrita para garantizar el acceso a servicios de salud y podrán ser una unidad funcional de otra Institución de Salud del Estado, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. Los Centros de Atención Primaria en Salud tendrán una estructura que desarrollará los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional:

Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función de su lugar de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica que serán reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, debe adscribirse en el CAPS del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al CAPS cambios en la población del territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

2. Prestación de servicios de salud:

- a. Realizar la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales, apoyado en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
- b. Elaborar los planes de salud familiar y comunitaria con base en necesidades y potencialidades identificadas.
- c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias y saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- d. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia en coordinación con las Gestoras de Salud y Vida.
- e. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- f. Contribuir a la ejecución de los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.
- g. Brindar y articular en las RIISS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes.
- h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. Administración y atención al ciudadano:

Los CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

Los servicios de salud de los CAPS públicos podrán contratarse temporalmente con terceros, mientras se desarrolla la capacidad instalada requerida en el marco del modelo de salud.

Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

- a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población.
- b. Organizar la operación del CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
- c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad en articulación con las Gestoras de Salud y Vida cuando aplique.

4. Gestión intersectorial y participación social:

- a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.
- b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
- c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

5. Articulación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida:

- a. A través del sistema de referencia y contrarreferencia y con apoyo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, los CAPS se articularán con las Gestoras de Salud y Vida quienes gestionan el acceso al componente complementario de las RIISS, para garantizar el acceso de personas adscritas que los requieran, así como su seguimiento una vez la persona atendida retorne a su lugar de residencia.
- b. Los CAPS y las Gestoras intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
- c. Los CAPS y las Gestoras evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población para garantizar la calidad de la atención en salud.

Artículo 11. Equipos de salud territorial. Los equipos de salud territorial son grupos interdisciplinarios conformados por perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades de manera permanente, sistemática, continua y contigua en territorios determinados y sus entornos de la vida cotidiana, en los diferentes momentos del curso de la vida, considerando la diversidad poblacional, los enfoques y principios del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un pequeño territorio, cuyo número variará según condiciones de dispersión geográfica, ruralidad, aspectos socio culturales, ambientales, demográficas, entre otros. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias.

La asignación del equipo de salud territorial a un grupo de personas, familias y comunidades favorece un mayor conocimiento de las dinámicas de salud y bienestar de dichas poblaciones, la integralidad y oportunidad de la atención, así como la continuidad del cuidado centrado en las personas en los ámbitos de vida cotidiana.

Los equipos de salud territorial son organizados por los Centros de Atención Primaria en Salud y realizan acciones permanentes de caracterización, detección temprana, protección específica, servicios de salud de carácter resolutivo a través de las modalidades intramural y extramural con

apoyo de telesalud y telemedicina, intervenciones colectivas, así como procesos de gestión de la salud pública.

Los equipos de salud territorial aportan a las dinámicas comunitarias de salud y la organización social del cuidado de la vida, teniendo como eje articulador del trabajo sectorial y transectorial la garantía de los derechos que permiten materializar una vida digna.

La información poblacional y territorial identificada por el equipo de salud territorial permitirá adoptar decisiones sobre la planificación de la salud, predecir posibles afectaciones, gestionar los resultados de salud y contribuir a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud. La información en mención hará parte del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las disposiciones normativas y técnicas para la operación de los equipos de salud territorial.

Artículo 12. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integrales e integradas, debidamente establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirven, estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes de salud, que harán acuerdos de voluntades para promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en un espacio territorial determinado, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo y predictivo, basado en la Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria, intercultural y diferencial.

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

Las redes integrales e integradas de servicios son:

1. Redes de nivel primario.
2. Redes de nivel complementario como servicios ambulatorios y hospitalarios de mediana y alta complejidad.
3. Red de urgencias y emergencias médicas relativas a la atención prehospitalaria y extrahospitalaria.
4. Redes de apoyo de Rehabilitación, de Laboratorios, de Bancos de sangre, donación y trasplantes de órganos y tejidos y de servicios farmacéuticos.

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

A través de la organización de las Redes Integrales e Integradas se garantizará la libre elección.

Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán en la coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y CAPS se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

Parágrafo 1. Las Direcciones Departamentales y Distritales supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 13. Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios para la gestión de salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.

El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS, con fundamento en los siguientes parámetros:

1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales y diferenciales, establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental. El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.
2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.
3. Organización y gestión. Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.
4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos entre los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud de Vida. Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud de Vida, el cual no será superior al 3%.

5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

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

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de articuladores de las RISS.

Artículo 14. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RISS. El Ministerio de Salud y Protección Social organizará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud en los territorios para la gestión en salud. Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones Departamentales y Distritales que coordinarán con los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio de Gestión en Salud, en el marco de la operación mixta. Las RISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 15. Fortalecimiento del nivel primario de atención. El nivel primario de atención es el componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilita la participación social y la acción intersectorial, y su fortalecimiento constituye el medio y fin para la operación de la atención primaria en salud en el modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo. Para tal efecto, el Gobierno Nacional desarrollará planes, programas y proyectos intersectoriales, territoriales y diferenciales que promuevan condiciones de desarrollo social, cultural, económico, político, ambiental, así como la atención física y mental en salud; para ello se apoyará en tecnologías de la información y la comunicación, equipamiento e infraestructura social, investigación social y clínica aplicada, entre otras.

Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario de mediana y alta complejidad, se debe establecer teniendo en cuenta la capacidad y los recursos humanos, técnicos y tecnológicos para responder a las necesidades de atención especializada de las personas, mediante la gestión clínica e integral basada en el conocimiento científico a lo largo del tiempo, de forma coordinada y sin interrupciones. El acceso y continuidad de la atención con el nivel complementario, de mediana y alta complejidad, se debe brindar a todas las poblaciones, urbanas, rurales y dispersas de un territorio, complementándose con las modalidades de prestación de servicios extramural y telemedicina y el apoyo de telesalud. La atención en salud del nivel complementario debe contemplar a la familia o sus cuidadores como sujetos de atención, y también como criterio de humanización en la continuidad del cuidado de la persona.

Artículo 17. Apoyo al interior de las redes. Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telemedicina y evitar su traslado innecesario o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial

las patologías crónicas. Se establecerán por parte del Ministerio de salud y Protección social, los mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de la Red Integral e Integrada de servicios de salud, con espacios de interlocución y participación que desarrollen acciones conjuntas, coordinadas y sinérgicas entre los CAPS con los demás integrantes de la Red, asegurando el continuo de la atención de los pacientes.

Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al sistema de referencia y contrarreferencia en el marco de la operación mixta, la organización, gestión y operación de las redes integrales e integradas de servicios de salud mediante instancias de coordinación regional, departamental y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las gestoras de salud y vida y los centros de atención primaria en salud - CAPS.

En el 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 19. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo. El Modelo de salud prevé los servicios y tecnologías de salud que responden a las necesidades de las personas, familias y comunidades desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos y la muerte digna, de manera integrada e interdependiente y que se adecuarán según género, etnia, curso de vida, discapacidad u otras condiciones poblacionales y territoriales.

Los servicios y tecnologías de salud comprenden los usados en la prestación de servicios de salud, y los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y las capacidades del talento humano requerido, para garantizar su disponibilidad y mejorar su acceso. Incluye medicinas y terapias alternativas y complementarias, formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales, de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 20. Servicios Farmacéuticos. Los servicios farmacéuticos hacen parte de los servicios y tecnologías en salud, orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud, y deberán garantizar el acceso a la dispensación en zonas rurales y de difícil acceso. Los servicios farmacéuticos independientes que realicen dispensación ambulatoria de tecnologías en salud a los usuarios en establecimientos farmacéuticos, se considerarán gestores farmacéuticos y, como servicios de salud, hacen parte del Sistema de Salud.

Todos los Gestores farmacéuticos (droguerías y operadores logísticos autorizados para ello), deberán inscribirse y demostrar ante las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo, la capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y la capacidad técnica-administrativa, en los casos y términos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. En la reglamentación se establecerá la transitoriedad aplicable a los gestores farmacéuticos que se encuentren operando a la entrada en vigencia de la presente ley.

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 de 2015. El Ministerio de Industria y Comercio participará en la formulación de la política, en el marco de su competencia.

Parágrafo 1. Las instituciones encargadas de la prestación de servicios farmacéuticos harán uso de las tecnologías de la información de manera eficiente, ágil y expedita. En caso de presentarse e

identificarse negligencia en la prestación del servicio, se dará aplicación del régimen disciplinario y sancionatorio de la presente Ley.

Parágrafo 2. Las Gestoras de salud y vida y los Centros de Atención Primaria en Salud harán la gestión y articulación de los servicios farmacéuticos en los territorios para la gestión en salud.

Artículo 21. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales con el apoyo del CRUE del nivel seccional y las entidades Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, el que podrá integrarse con otros servicios de emergencia como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja. Así mismo, les corresponde la coordinación de la red de urgencias y de los servicios de atención básica domiciliaria a personas con limitación de la movilidad y a las personas sin hogar o en precaria condición social.

Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará y organizará la red de las instituciones o centros especializados en enfermedades raras, con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar y llevar a cabo programas de investigación genética que prevengan su incidencia para disminuir su prevalencia.

La prestación de servicios se hará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o utilizando la telemedicina u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio a las instituciones que prestan atención médica, en articulación con las Direcciones Territoriales de salud y sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS.

La Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES garantizará la financiación de prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.

Artículo 23. Laboratorios de salud pública. Los laboratorios de salud pública son los encargados del desarrollo de acciones técnico administrativas, entre otras, el monitoreo del medio ambiente y animales de compañía, con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación, información fundamental para el desarrollo predictivo de políticas sanitarias.

Artículo 24. Coordinación regional de las Redes. La instancia de coordinación regional de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, adscrita a las Entidades Territoriales que la conforman y avalada por Ministerio de Salud y Protección Social, estará conformada por un equipo humano, encabezado por profesionales de la salud en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.

Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las RISS 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 Público Unificado e Interoperable Información 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 Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.

Artículo 25. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las RISS, adscrita a las Entidades Territoriales Departamentales o Distritales, estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud en áreas de administración de salud o salud pública.

Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las RISS:

1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención Primaria 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 RISS 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, e las instituciones 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 y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo relacionado con la plataforma tecnológica y los perfiles del talento humano responsable de la coordinación de la referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la disponibilidad del talento humano en el país.

Artículo 26. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RISS. Las Direcciones Departamentales y Distritales de salud organizarán un Consejo asesor de planeación y evaluación de las RISS, encabezado por el director territorial de salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades zonales de planeación y evaluación del respectivo Departamento o Distrito, representantes de las Gestoras de Salud y Vida, delegados de la academia, de la sociedad civil y las

organizaciones de la comunidad; de conformidad con el reglamento que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Le corresponde al Consejo asesor de planeación y evaluación en salud Departamental o Distrital:

1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes para garantizar la atención oportuna de los habitantes en las distintas zonas del respectivo territorio, sus deficiencias y fortalezas.
2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación de los sistemas de referencia y transporte de pacientes.
3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio.
4. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, al Fondo Cuenta Regional y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las Instituciones de Educación Superior públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.

Artículo 27. 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, el cual estará bajo el marco del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.

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

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

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

TÍTULO III
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD
CAPÍTULO I. GOBERNANZA Y GESTIÓN PÚBLICA DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 28. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud. La Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.

El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud; la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; la gestión de los procesos al interior del sistema; ejerce la coordinación intersectorial y ejecuta las disposiciones legales vigentes. En el ámbito nacional le corresponde ejercer las competencias a cargo de la Nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen.

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

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

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

Artículo 29. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Modifíquese el artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 Créase la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública, modificando, que tendrá por objeto:

1. Establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud.
2. Participar en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14° y 15° de la Ley 152 de 1994, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud.
3. Evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizar el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento.
4. Informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, estas comisiones informarán a los municipios de su jurisdicción. El Presidente de la República la presidirá y estará integrada por todos los Ministros del gabinete y demás miembros que establezca el reglamento.

Parágrafo 1. Las acciones para la intervención de 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, para los cual se priorizarán grupos poblaciones en condición de vulnerabilidad, así como los territorios cobijados por los programas de desarrollo con enfoque territorial – PDET.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional en los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, reglamentará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de la Salud y Salud Pública para lo cual adoptará las disposiciones a que haya lugar en cuanto a instancias de coordinación intersectorial que le anteceden en la materia. El Gobierno Nacional ejercerá la secretaría técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública deberá sesionar al menos dos veces al año.

Artículo 30. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública. Los Gobernadores y Alcaldes conformarán la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de esta ley, con los secretarios de sus gabinetes. Las comisiones intersectoriales revisarán la información epidemiológica en el ámbito de su jurisdicción que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), el Consejo Territorial de Salud y la Dirección Territorial de Salud para establecer los determinantes a intervenir, analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Unificado de Información en Salud - SPUIIS. Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41 de la Ley 152 de 1994 y, en las evaluaciones de los planes territoriales.

Artículo 31. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia asesora del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, que tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, presentar iniciativas normativas de carácter reglamentario, evaluar y generar informes periódicos sobre el funcionamiento del Sistema de Salud.

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

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

1. Gobiernos Territoriales
2. Trabajadores
3. Profesionales de la salud
4. Pacientes
5. Academia, facultades y escuelas de salud
6. Empresarios
7. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado

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

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

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional reglamentará el número de integrantes por cada estamento sin que el total supere los 15 integrantes. Se procurará la paridad de género en la conformación del mismo. Los representantes no gubernamentales serán elegidos por un período de tres (3) años, y podrán postularse para su reelección por máximo un período; su elección se realizará por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio

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

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente, reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria en Salud.

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

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

Artículo 32. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. 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.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del sistema de salud y 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, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Consolidar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.
5. Adoptar su propio reglamento.

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

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

Artículo 33. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente, y contará con un (1) representante de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, mixta o privada. Se procurará la paridad de género en su conformación.

Podrán presentar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, incluidas en el Plan Decenal de Salud Pública, propondrán las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del sistema de salud y sus redes integrales e integradas de salud, así como de sus recursos en el territorio.

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

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

Las Direcciones Departamentales y Distritales propondrán al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cuatro (4) años, con enfoque intersectorial, diferencial y participativo así como la revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud.

Artículo 34. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen de tarifas y formas de pago, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.

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

Artículo 35. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Gobierno nacional en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes:

1. Habilitación de los agentes en el nivel nacional, departamental, distrital, municipal y comunitario. El Ministerio de Salud definirá los criterios y estándares mínimos para el ingreso y permanencia en el sistema de salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, los Prestadores de servicios, las RIISS, los proveedores de tecnologías en salud, públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud, así como los elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.
2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. Mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la

intencionalidad de los estándares de acreditación superiores a los que se determinan como básicos en el componente de habilitación.

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

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

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

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

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

Parágrafo 1. Todos los desarrollos de los componentes del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) deberán guardar armonía entre sí, contar con un enfoque en resultados en salud y buscar el mejor desempeño del Sistema de Salud y de los integrantes del Sistema de salud.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional expedirá modificación de los estándares de habilitación en los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente Ley y la modificación de los estándares de habilitación financiera de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, ajustándolas a los nuevos roles y funciones expedidas en la presente ley.

Parágrafo 3. Para la ejecución de lo propuesto en el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con un equipo con las capacidades técnicas para el mismo.

Artículo 36. Gestión Pública de los Servicios de Salud. En el marco del aseguramiento social en salud que se ejecuta a través de entidades públicas, privadas y mixtas. Las públicas cuentan con instancias e instrumentos que garantizan la participación directa del Estado en la garantía del acceso

a la prestación de los servicios de salud sin perjuicio del rol de los agentes privados y mixtos de mayoría privada. Estas instancias e instrumentos son:

8. El pagador único ADRES y sus Fondos Cuenta Regionales de Salud que contribuyen a la gestión del riesgo financiero en la atención ambulatoria y hospitalaria de mediana y alta complejidad, así como las prestaciones económicas de la población adscrita en un territorio.
9. Los Fondos Municipales, Departamentales y Distritales de Salud establecidos en la Ley 715 de 2001, que desde los entes territoriales, contribuyen en la gestión y uso de los recursos para la prestación de servicios de salud según indicadores epidemiológicos y oferta de servicios disponibles en su jurisdicción
10. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden Departamental y Distrital que tienen por función la asistencia técnica a los entes territoriales para la planeación de los servicios de salud y sus recursos.
11. Las instancias de coordinación regional, departamental y distrital de las redes integrales e integradas de servicios de salud que coordinan los procesos asistenciales y administrativos desde los Entes Territoriales.
12. El Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud integrado por los directores territoriales de salud y la sociedad civil.
13. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE que incluyen los CAPS públicos en el nivel primario y sus oficinas de referencia, contrarreferencia y atención al usuario que gestionan el acceso a las RIISS y la respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y necesidades de su población adscrita.
14. Las Gestoras de Salud y Vida de carácter público o mixto con participación mayoritaria del Estado que cumplirán las mismas funciones que las privadas.

Estas instancias se articulan y desarrollan a partir de la gobernanza y rectoría de que trata el presente capítulo.

CAPÍTULO II. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO

Artículo 37. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico 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, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las 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 5° del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas a las Instituciones de Salud del Estado - ISE.
3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

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

Artículo 38. Tipologías y Niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE. El Gobierno Nacional definirá las tipologías y clasificará las Instituciones de Salud del Estado ISE. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas por cada tipología institucional y de servicios de salud.

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

Los departamentos y distritos que a la fecha de expedición de la ley tienen Empresas Sociales del Estado creados en red, por Ordenanzas o Acuerdos, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el sistema de redes integrales e integradas 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.

Las ISE serán CAPS en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario.

Artículo 39. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE se registrarán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE.
2. El portafolio de servicios de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.
3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.
4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.
5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

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.

Para el caso de los CAPS el presupuesto será estándar y por oferta.

Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE de mediana y alta complejidad:

1. En el mes de julio de cada vigencia el director de la Institución de Salud del Estado – ISE presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración.

3. De acuerdo con la Dirección Territorial de Salud se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto.
4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado - ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestales.
5. Una vez aprobado por el Consejo Directivo, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado - ISE para su ejecución.

Parágrafo 1. Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 2. Las Direcciones Departamentales y Distritales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

Artículo 40. Giro de los recursos a las ISE. Los recursos del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE para financiar los servicios de salud, distintos de la venta de servicios que serán pagados por los Fondos Cuenta, serán girados por la Administradora de Recursos para la Salud ADRES y los fondos de salud del orden territorial, según corresponda.

Los directores de las Instituciones de Salud del Estado- ISE garantizarán los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a la misma y demás gastos de personal.

Parágrafo. El movimiento de los recursos del que trata el presente artículo se registrará por el principio de transparencia y la información relacionada será de acceso público para las personas o entidades que quieran hacer veeduría ciudadana

Artículo 41. Régimen de contratación de las ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se registrarán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos. Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el sistema integral de calidad en salud (SICA), reglamentado en el artículo 35 de la presente Ley, o quien haga sus veces la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado - ISE.

Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las ISE. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.

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

1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
4. Dos (2) representantes de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

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

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

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

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

Parágrafo 5. Se procurará la paridad de género en la conformación del Consejo Directivo.

Parágrafo 6. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el Decreto 785 de 2005.

Artículo 43. Provisión del empleo de director. La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se efectuará por la respectiva autoridad nominadora, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley.

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

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

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

Artículo 44. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión.
3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.
4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado.

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 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.
3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.
4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.
5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal de retiro del servicio del director por parte del nominador, para lo cual el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley.
6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE, dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro.

Artículo 45. Régimen Laboral de las ISE. Para todos los efectos legales, los servidores públicos con funciones de dirección, conducción, orientación y asesoría institucional cuyo ejercicio implica la adopción de políticas o directrices o los de confianza que estén al servicio del director general de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, se clasifican como empleados públicos de libre nombramiento y remoción.

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

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

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

1. Los trabajadores estatales de la salud serán vinculados mediante contratos de trabajo suscritos por el director, por término definido o indefinido, por obra o labor y se regirán por lo dispuesto en la presente ley, lo pactado en el contrato de trabajo y en el reglamento interno. La vinculación se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y la evaluación de las competencias, de lo cual se dejará evidencia.
2. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de trabajadores estatales de la salud requerido para la prestación de servicios, de acuerdo con las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno Nacional.
3. En materia de la jornada laboral, los trabajadores estatales de la salud de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan; el Consejo Directivo señalará la manera como se dará cumplimiento a la jornada laboral en donde se tendrá en cuenta la naturaleza del cargo o actividad, la intensidad horaria y su cumplimiento por áreas de servicio.
4. A los trabajadores estatales de la salud se les aplicará las previsiones que en materia de negociación colectiva aplica a los empleados públicos de la rama ejecutiva nacional, para lo cual deberá observarse lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley 4a de 1992 y demás normas pertinentes.
5. En lo relacionado con la administración del personal, a los trabajadores estatales de la salud les serán aplicables en lo pertinente las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.
6. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes y con sujeción a las previsiones de la ley 4a de 1992; la de los trabajadores estatales de la salud la fijará el Consejo Directivo de la respectiva institución, para lo cual tendrá en cuenta los parámetros que para su efecto fije el Gobierno Nacional.
7. El retiro para los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se dará por las causales legales señaladas por la Ley 909 de 2004 o las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan; para los trabajadores estatales de la salud lo serán por las mismas causas, por la terminación de la obra o labor o el cumplimiento del término pactado o por razones disciplinarias, y en caso de supresión del cargo, se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

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

Artículo 46. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente ley, conservarán el carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, momento a partir del cual continuarán laborando, sin solución de continuidad y sin que en ningún momento se desmejoren sus condiciones laborales.

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

Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria, así como los empleados públicos que sean incorporados automáticamente a la nueva planta de personal y su relación sea ajustada al nuevo régimen, se computará, con el tiempo servido en la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.

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

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

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

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

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

Artículo 47. Entidad de Salud del Estado Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos o de difícil acceso geográfico, operará una Entidad de Salud del Estado Itinerante o ambulante del orden nacional, que prestará atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la policía nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. De dichas zonas harán parte las zonas PDET.

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

Artículo 48. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento y dotación en Salud con criterios de equidad regional, con la participación de las Direcciones Territoriales de Salud, quienes deberán presentar cada cuatro (4) años los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con el período de gobierno, y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste. Este plan se financiará con recursos específicos de la ADRES.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ejecutar los recursos, del Plan Nacional de Equipamiento en Salud, cualquiera que sea su fuente mediante fiducia mercantil con una sociedad fiduciaria de carácter público, a través de un contrato interadministrativo bajo la modalidad de contratación directa.

CAPÍTULO III. GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 49. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que se les aplica.

Aquellas EPS que cumplan y decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida durante los dos años, mencionados en el inciso anterior, deberán observar progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Colaborar en la organización de las Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por la ADRES.
2. Se sujetarán al giro directo por parte de la ADRES a las instituciones de provisión de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, proveedores de tecnologías en salud o farmacéuticos y demás servicios requeridos para garantizar la prestación de servicios de salud a la población asignada.
3. Se organizarán progresivamente por territorio según la planeación y evaluación en salud que realizarán los organismos competentes.
4. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organice y autorice el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que manifiesten por escrito su intención de transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán estar a paz y salvo con los acreedores respecto a las deudas no corrientes en el marco de la normatividad que las rige, al momento de la manifestación.
6. A más tardar al cumplir los dos años, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI), las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.
7. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad.
8. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

Para la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.

Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS en Entidades Gestoras de Salud no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional. El tránsito de los afiliados a cargo de las EPS que se transforman, a las reglas del aseguramiento social en salud, será determinado por el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice y contrate y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde.

Parágrafo 3. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de la expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición.

Artículo 50. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones civiles que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:

1. Coordinar con direcciones Departamentales y Distritales el apoyo requerido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la organización de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud.
2. Contribuir a la planificación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud, bajo la coordinación de las Entidad Territorial y el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Implementar mecanismos efectivos de Coordinación Asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.
4. Ejecutar, bajo la dirección de las Entidades Territoriales y la ADRES, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de la red en el componente complementario.
5. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.
6. Entregar informes periódicos del funcionamiento del componente complementario de las redes y atender las instrucciones y recomendaciones que le entregue la instancia de gobernanza de la Red.
7. Participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud.

8. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros disponibles en el componente complementario de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud.
9. Gestionar planes de capacitación para fortalecer el funcionamiento del componente complementario de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud.
10. Prestar asistencia técnica a los integrantes de la red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.
11. Gestionar en articulación con los CAPS, el acceso al componente complementario de las RIISS a través del sistema de referencia y contrarreferencia y con apoyo del Sistema Público Unificado de Información en Salud.
12. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
13. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
14. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIISS y con el Sistema Único Público de Información en Salud, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
15. Realizar la auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud del componente complementario de las RIISS.
16. Validar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.
17. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.
18. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
19. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.

Artículo 51. Transitorio. Dentro de los 30 días hábiles siguientes a la promulgación de la presente ley, las Entidades Promotoras de Salud que se encuentren habilitadas para operar en alguno de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán manifestar por escrito al Ministerio de Salud y Protección Social su intención o no de acogerse a dicha transformación, teniendo en cuenta las siguientes posibilidades:

1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida presentará al Ministerio de salud y Protección Social el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida y el plan de saneamiento de pasivos a partir de la autorización para su transformación, el cual no podrá ser superior a 24 meses y deberá garantizar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.
2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida presentará al Ministerio de Salud y Protección Social su plan de retiro voluntario que contemplará el plan de saneamiento de pasivos, el cual no podrá ser superior a 24 meses y deberá garantizar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.

Artículo 52. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar

audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo: El Gobierno Nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

Artículo 53. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control de las funciones a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, lo que incluye:

1. El acceso efectivo a servicios de salud de mediana y alta complejidad para la población a su cargo referida por los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS.
2. Monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los estándares de proceso y resultado aplicables a la prestación de los servicios en salud.
3. La ordenación oportuna del pago en salud a los prestadores de servicios de salud, hasta que la Administradora de Recursos para la Salud ADRES asuma de pagador único.
4. Las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución y administración.
5. Vigilar el uso eficiente de los recursos públicos que se les reconozca.

Artículo 54. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida hasta el 5% del valor del per cápita de la población adscrita a los CAPS a los cuales la Gestora garantiza la atención en la mediana y alta complejidad, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto.

Artículo 55. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.

TÍTULO IV

FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA

Artículo 56. Definición. El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, para la garantía del derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población, entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre personas con alto y bajo ingreso.

Los recursos aportados para la salud son de naturaleza pública, imprescriptibles e inembargables y no podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por las disposiciones legales. Estos recursos estarán sometidos al control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control, en lo de su competencia, y también sometidos al control social.

Artículo 57. Cotizaciones y Aportes. Son recursos que aportan a la financiación del Sistema de Salud, las contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas y las empresas, según su condición socioeconómica, denominadas cotizaciones.

Igualmente financian el sistema de salud los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; y los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. Igualmente son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.

Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al Sistema de Salud, así como el 1,5 punto de las cotizaciones de los cotizantes de los regímenes exceptuados y especiales. Las cotizaciones constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal.

Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas, y los pensionados. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo determinada y administrada por la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES. Así mismo todos los recursos que hagan parte a la fecha de aprobación de la presente ley de las fuentes que financian la ADRES.

Artículo 58. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones. La liquidación y pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud son obligatorias. El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorias al sistema de salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las obligaciones de pago de las cotizaciones y contribuciones al sistema de salud de las empresas, trabajadores, pensionados o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.

La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos e inexactos.

Artículo 59. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará “Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES”, y tiene por objeto garantizar el adecuado flujo y la administración y control de los recursos del Sistema de Salud, y ejercerá algunas actividades y funciones, de manera desconcentrada y administrará los Fondos Cuenta Regionales de Salud. Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud administrar, entre otros, los recursos que financien el Sistema de Salud, y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP) los cuales confluirán en la entidad.

La Administradora de Recursos del Sistema de Salud ADRES, será pagador único de manera gradual de acuerdo con las capacidades que adquiera, a cuyo efecto le corresponde reconocer, auditar y pagar

las cuentas de las prestaciones de servicios de salud y demás obligaciones establecidas como responsabilidad del aseguramiento social en salud y administrar los sistemas de información que permiten hacer los pagos a prestadores y proveedores. Mientras desarrolla la capacidad de pagador, hará el giro directo total ordenado por las EPS o a las Gestoras de Salud, pero podrá hacer auditorías concurrentes directamente o a través de firmas de auditoría especializadas debidamente registradas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Los ingresos para la operación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación, definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial, un porcentaje de hasta el dos por ciento (2%) de los recursos en administración con situación de fondos, y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad.

Parágrafo. Los ingresos provenientes de los recursos en administración con situación de fondos serán definidos anualmente por Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 60. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Para desarrollar el objeto la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.
3. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema.
4. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen.
5. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley a través de los fondos cuenta regionales.
6. Realizar el análisis de los recursos gestionados a través de los fondos cuenta regionales mediante un sistema de información que evidencie anomalías o ineficiencias en el uso de los recursos por servicios o regiones, que permita ajustar el régimen tarifario y de formas de pago.
7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías que corresponda.
8. Administrar la información propia de sus operaciones.
9. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).
11. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.
12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.
13. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

14. Realizar las actividades necesarias para garantizar, en el nivel nacional y en el nivel desconcentrado, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos.
15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
17. Realizar convenios y/o contratos con EPS, Gestoras de Salud u otras entidades, para realizar auditorías financieras en salud y/o gestión del riesgo financiero en salud.
18. Diseñar e implementar un modelo de seguimiento y evaluación del Sistema integral de administración de riesgos financieros en salud, que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud.
19. Aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con presupuesto mínimos y máximos.
20. Las demás que sean necesarias para el desarrollo de su objeto.

Artículo 61. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes. La ADRES constituirá una cuenta bancaria para el recaudo de los aportes de cotizaciones en salud en todo el país, incluidos los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001 que se denominará “Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR)”. Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de cotizantes, basado en el documento de identificación, según corresponda.

Artículo 62. Fondo Único Público de Salud. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo. La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de “Atención Primaria Integral en Salud”, y de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria”.

Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 63. Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud. La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.

Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 64. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes de recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos; los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES; los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos; los recursos correspondientes a las rentas cedidas; los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos; y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos: al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, al funcionamiento de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de los departamentos y distritos, y al pago de los servicios de esta red de atención de urgencias y transporte medicalizado, y al pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.

Artículo 65. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Público Único de Salud, harán unidad de caja y deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.
2. El pago de las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.
3. El financiamiento de los servicios especiales para enfermedades raras y su prevención.
4. El financiamiento de los programas de formación en salud.
5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la vigencia de la presente ley, se reconocen por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.

Artículo 66. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud-ADRES le corresponde administrar los recursos a que hace referencia

el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, los cuales se integrarán en un Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, entre otros, los siguientes:

1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional.
2. Los recursos provenientes de las cotizaciones para el aseguramiento social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, ingresos de los pensionados e ingresos de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital.
3. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos por los obligados.
5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinado a financiar el sistema de salud.
6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.
7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a las entidades territoriales.
8. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES.
9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.
10. Los recursos propios de las entidades territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la ADRES.
11. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro.
12. Los rendimientos financieros. 13. Los recursos de FONSAET
14. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.

Artículo 67. Destinación de los recursos administrados por la ADRES. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.

3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.
4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
7. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.
8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta.
9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.
10. Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.
12. La formación del talento humano en salud.
13. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad.
14. El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la ADRES debe girar o pagar.
15. El pago por los gastos de administración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.
16. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a la implementación de lo concerniente a este tema el cual está contenido en el punto 1 del Acuerdo de Paz, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.

Artículo 68. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el Gobierno Nacional en la materia.

Artículo 69. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud en sitios diferentes de donde reside y su condición socioeconómica le impide proporcionárselos por sí misma. Entre otros, son servicios de transporte, hospedaje, acompañantes y cuidados crónicos de enfermería en casa. El Gobierno Nacional determinará la forma en que se asumen los servicios sociales, su fuente para financiarlos y su cobertura poblacional, geográfica de servicios.

Artículo 70. Fondos de Salud. Modificase el artículo 57 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 57. FONDOS DE SALUD. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y

presupuestal independiente y exclusivo que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. Los Distritos contarán con un fondo de Atención Primaria Integral en Salud, con los recursos de Atención Primaria Integral en Salud, diferenciado del fondo para el desarrollo de la red pública hospitalaria y especializada.

En los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán contabilizarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial. Los recursos para pagar los servicios de salud con cargo al Sistema General de Participaciones, se contabilizarán sin situación de fondos y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

Los Fondos departamentales, distritales o municipales de Salud tendrán las subcuentas de salud pública y de otros gastos en salud, y las subcuentas análogas a las del Fondo Único Público de Salud previstos en la presente ley, según sean destinatarios de dichos recursos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo 1o. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud. El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Parágrafo 2o. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las autoridades territoriales y sus direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza territorial.”

Artículo 71. Modificatorio del numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001. El numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001 quedará así:

“ARTÍCULO 47. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. El 87% para el componente de la atención primaria en salud a cargo de los municipios”

Artículo 72. Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad. Modifícase el artículo 50 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 50. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud de servicios de mediana y alta complejidad deberán distribuirse a los fondos cuenta regionales, de acuerdo con las necesidades de cofinanciación para

complementar los aportes per cápita necesarios para las intervenciones de mediana y alta complejidad en Salud de la totalidad de la población de la región.

Anualmente, la Nación establecerá el per cápita para el aseguramiento social en salud para los servicios de mediana y alta complejidad de los fondos cuenta regionales para la vigencia siguiente, lo cual deberá reflejarse en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto.”

Artículo 73. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará adecuando al sector las Regiones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Artículo 74. Fondo Cuenta Regional de Salud. El Nivel Regional contará con un Fondo Cuenta donde se ubicarán presupuestalmente los recursos que se le asignen por parte de la Administradora de Recursos de Salud - ADRES del Fondo Único Público de Salud, sin situación de fondos, y formarán parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público de Salud.

Los recursos del Fondo Cuenta Regional de Salud se destinarán a la atención hospitalaria y ambulatoria de mediana y alta complejidad en la respectiva región y al pago de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad.

Para garantizar la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los ciudadanos entre las regiones, las cotizaciones obligatorias al Sistema de Salud financiarán un valor per cápita de la totalidad de los residentes en el país mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán, en la cuantía necesaria, con los recursos del Presupuesto General de la Nación con el fin de garantizar la plena cobertura del aseguramiento social en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el valor del per cápita para la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.

Artículo 75. Autorización de pago de servicios. La Administradora de Recursos para la Salud ADRES autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud de la región, según el régimen de tarifas y formas de pago que fije el Gobierno Nacional para el sistema de salud. El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.

A través del Fondo Cuenta Regional de Salud se llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría

médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

Se organizará un sistema de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de servicios en la región. Sus informes se gestionarán a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

De encontrarse irregularidades continuadas en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Público Unificado e Interoperable Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. En este evento, las Direcciones Territoriales de Salud deberán contratar una auditoría independiente integral, bajo los mismos parámetros establecidos para las auditorías integrales aleatorias a cargo de la ADRES.

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida adelantarán procesos de auditorías como parte de la autorización del pago de servicios de salud de mediana y alta complejidad. La ADRES podrá contratar con firmas especializadas debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud los procesos de auditoría de su competencia

Parágrafo. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicio de salud sea informada a la ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Artículo 76. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados a la instancia de la Administradora de Recursos para la Salud ADRES que corresponda, según su forma desconcentrada de operación, el cual pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del 20% restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas.

Artículo 77. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.

Toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad; aquellas mujeres que no son aportantes económicas del Sistema de Salud tendrán derecho a un subsidio monetario equivalente a medio salario mínimo legal vigente durante los tres (3) meses siguientes al parto, siempre y cuando haya asistido a los controles prenatales respectivos durante el embarazo.

Artículo 78. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y determinará las condiciones para la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Artículo 79. Cambios de destinación de los recursos departamentales en salud. Modifíquese el artículo 43 de la Ley 715 de 2001 en el numeral 43.2.2., el cual quedará así:

43.2.2. Financiar, con los recursos asignados por concepto del Sistema General de Participaciones y de rentas cedidas y de destinación específica para salud, así como con los recursos propios que asignen, el desarrollo de las instituciones de salud del Estado para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio.

Artículo 80. Cambios de destinación de los recursos de los municipios en salud. Modifíquese el artículo 44 de la Ley 715 de 2001 en los numerales 44.2. y 44.2.1., los cuales quedarán así:

44.2. De Atención Primaria en Salud.

44.2.1. Financiar la Atención Primaria 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 81. 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 de 2001. Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos Fondos Departamentales y Distritales de Salud en proporción inversa a la baja facturación de servicios prestados por razones de dispersión poblacional.

Artículo 82. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud. Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales de acuerdo con las características y necesidades del territorio.

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

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.

Artículo 83. 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.

Artículo 84. Acreencias de las EPS. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado en los hospitales públicos serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

TITULO V

SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD

Artículo 85. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. Se estructurará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del sistema de salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año.

Artículo 86. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS) es transversal a todo el sistema de salud para garantizar acceso en línea, transparente, y en tiempo real a servicios informáticos para la realización de transacciones de salud y económicas por parte de cada actor del sistema de salud según sean sus responsabilidades, operativas o estratégicas, en el orden Nacional, territorial e Institucional. Además de garantizar el cumplimiento de las políticas de datos abiertos que fortalezcan los procesos de participación y control social, el SPUIS deberá integrar la información relacionada con los determinantes sociales de la salud y salud pública, en el marco de una estrategia

intersectorial definida por el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con otros sectores y actores del Sistema de Salud.

Los aspectos arquitectónicos de sistemas de información deberán corresponder a unicidad, integración, tecnología de punta, completitud de servicios, eficiencia, alta disponibilidad, seguridad y alta concurrencia, para lo cual deberá usar tecnologías de punta que garanticen el procesamiento en paralelo, almacenamiento de altos volúmenes de datos, seguridad del dato y de las transacciones, incorruptibilidad, accesibilidad, analítica de datos y modelos predictivos.

Los criterios y estándares de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad de los servicios de telesalud y de la información sobre determinantes sociales y salud pública deberán ser definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los demás actores del Sistema de Salud.

Artículo 87. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS tendrá como principios de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático a la realización de las actividades asistenciales, de promoción y prevención, junto con las referentes a los aspectos económicos y financieros, la gestión de la infraestructura de prestación de servicios incluyendo el registros de redes de servicios y de territorios para la gestión en salud, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751.

Se organizará como mínimo en dos niveles:

1. Nivel operativo: garantizará la operación y funcionamiento de los procesos productores y usuarios de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud, considerando la historia clínica electrónica única nacional en todos sus procesos, los registros de atención en salud, los registros financieros y económicos asociados, y la información sobre determinantes sociales y salud pública. De igual manera, se deberán incluir en el SPUIIS los registros de atención en salud y de los resultados en salud de las personas, las familias y las comunidades, así como los referentes a la gestión de las redes de servicios de salud y territorios para la gestión en salud, para garantizar el funcionamiento y la movilidad de la población en la red de servicios y entre los territorios de salud.
2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas. En este nivel se incluirá la información de los determinantes sociales de la salud y se promoverá el análisis de la misma para la definición de políticas y programas intersectoriales.

Artículo 88. 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 89. 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 SPUIIS para aumentar capacidad resolutoria del nivel primario y de los programas de prevención secundaria.

Para fortalecer la conectividad a la Atención Primaria en Salud en zonas rurales y dispersas, el Ministerio de las TIC's tendrá la obligación de implementar el Plan nacional de conectividad rural.

Artículo 90. Desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar, desarrollar o integrar el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIS) y de garantizar su funcionamiento con calidad y fluidez, además de promoverlo para lograr el compromiso de todos los integrantes del sistema de salud en su responsabilidad frente al mismo.

Para ello fortalecerá y adecuará la Oficina de Información y Tecnología de forma que sea capaz de responder a los retos de implementación, operación, mantenimiento y soporte del SPUIS. La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS en el área administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El SPUIS incorporará dentro de las funcionalidades o servicios informáticos de apoyo al modelo de atención las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías.

TITULO VI PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

Artículo 91. Participación social en el Sistema de Salud. La participación en el Sistema de Salud se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos. La participación ciudadana es ejercida de manera autónoma por las personas, en cualquier instancia del sistema.

La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral. La participación en el Sistema de Salud se regirá por lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 10 de 1990, Ley 134 de 1994, la Ley 850 de 2003, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, la Ley 1757 de 2015, la Ley 1751 de 2015, las demás normas que las modifique, adicionen o sustituyan, y lo dispuesto en esta Ley.

Artículo 92. 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:

5. Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria en Salud (APS). Además de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los agentes del Sistema 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.
6. Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud. Los agentes del sistema de salud 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.
7. 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 en Salud (APS), 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.

8. Consulta previa a las comunidades étnicas. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución Política y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y aseguramiento social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.

9. 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. Los mecanismos de participación social y ciudadana serán especialmente divulgados e implementados en las zonas rurales del país para garantizar la participación de la población rural.

TÍTULO VII INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 93. Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema de salud con el objetivo de vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas que corresponda en el ámbito de su objeto y funciones para garantizar la protección del derecho fundamental a la salud. Para el ejercicio de sus funciones, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contar con el apoyo de la red de control social contempladas en la presente Ley.

Artículo 94. Inspección, vigilancia y control. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007, sin embargo, el alcance de la función de inspección consistirá en solicitar, confirmar y analizar de manera ocasional, y en detalle en los términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, auditorías, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.

Artículo 95. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo

con sus competencias constitucionales y legales. Al Sistema podrán concurrir entidades del orden nacional o territorial que, en el marco de sus competencias, tengan relacionamiento con agentes del sector salud.

Artículo 96. 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:

7. Financiamiento y administración. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sistema de salud, para contribuir a la sostenibilidad financiera

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

12. 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 97. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.

Parágrafo. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas previstas en la Ley 2220 de 2022 o las que la modifiquen, sustituyan o adicionen.

Artículo 98. 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:

10. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud.

11. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud.
12. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud.
17. 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.
18. Controlar los riesgos financieros del Sistema de salud y de sus instituciones.

Artículo 99. 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:

18. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, los Fondos Cuenta Regionales de Salud, Fondos de Salud de las entidades territoriales, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
19. 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.
20. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituyen falta grave.
21. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.
22. 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.
23. 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.
24. 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.

25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios para la gestión en salud.
29. 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.
30. 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.
31. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.
32. Velar porque 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.
33. 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.
34. Diseñar e implementar un modelo de gestión y control integral de los riesgos financieros del Sistema en Salud.

Parágrafo 1. 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 2. 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 100. 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:

5. 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.

6. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las instituciones prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del sistema de salud.

7. Los trámites de insolvencia y de liquidación judicial inmediata del Régimen de Insolvencia Empresarial previstos en la Ley 1116 de 2006 o la norma que la adiciona, modifique o sustituya, para los sujetos vigilados.

8. 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 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 tratan los numerales 1 y 2 del presente artículo será el previsto en el Decreto Ley 2591 de 1991 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyen.

Artículo 101. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:

1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;
2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;
3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros.
4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación de los recursos de la salud.

En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Artículo 102. 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 103. 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.

TÍTULO VIII POLÍTICA FARMACEÚTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

Artículo 104. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social formulará cada diez (10) años, la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y de manera concertada con el Ministerio de Ciencia y Tecnología. La Política de Ciencia y Tecnología en Salud definirá las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud, según las especificidades territoriales y los recursos disponibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública, provenientes del Fondo Único Público para la Salud los cuales serán transferidos al Fondo de Investigación en Salud (FIS). Estas fuentes serán complementadas con recursos territoriales, en especial, los que se asignen del Sistema General de Regalías.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social las prioridades de investigación a través del comité del FIS y rendirán un informe anual respecto de los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo, el cual será publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 105. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología (INC) y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).

La política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud tendrá en cuenta, criterios como:

11. La compra conjunta de medicamentos esenciales.
12. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente.
13. 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.
14. La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales.
15. La regulación de precios de medicamentos y tecnologías.
16. La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.
17. Los mecanismos que favorezcan la competencia.
18. La investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales.
19. La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías.
20. Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud. Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.

Parágrafo 1: Se fortalecerá el desarrollo, validación y aplicación de métodos alternativos a las pruebas con animales en investigaciones relacionadas con la biomedicina, la producción de fármacos, la producción de biológicos, la salud pública u otros similares, avanzando hacia la eliminación de pruebas con animales para la investigación y/o licenciamiento de productos farmacéuticos, biológicos o tecnológicos para la salud.

Parágrafo 2: Para garantizar el desarrollo de la política de medicamentos, insumos y tecnologías el Gobierno adelantará un proceso de fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Artículo 106. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud-IETS mediante la creación de un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales con idoneidad

debidamente demostrada en la materia, seleccionados de sendas ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud diferentes a medicina y enfermería; de Química o Química Farmacéutica; de Enfermería; de Medicina; y de Ingeniería Biomédica. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y su funcionamiento.

Artículo 107. Regulación de Precios de Medicamentos. Se regularán los precios de los medicamentos a lo largo de la cadena farmacéutica, para ello se incluirán los precios desde la salida del proveedor mayorista, el margen de distribución y comercialización hasta el usuario final, es decir, la definición de un precio máximo de venta al público (PMVP), respetando condiciones de competencia y mejor acceso a las tecnologías para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El gobierno nacional dispondrá de seis meses para reglamentar lo correspondiente, considerando medicamentos esenciales, de mayor rotación y uso dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, atendiendo a lo definido en relación con precios de referencia internacional, comparación de países OCDE y con sistemas de salud afines al colombiano.

El precio de referencia nacional (PRN) será utilizado solo como referencia, no para definir precios en el sistema a menos que haya desviaciones que obliguen a su implementación, según los criterios que determinará la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Artículo 108. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud. Los establecimientos farmacéuticos que hagan parte de las redes de suministro de tecnologías en salud serán considerados agentes del sistema y deberán suministrar la información necesaria para hacer seguimiento y garantizar el abastecimiento oportuno de las tecnologías en salud.

Artículo 109. Vacunas producidas por entidades públicas. Con el fin de estimular el desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud a nivel nacional, en caso de existir oferta de vacunas producidos por entidades públicas de cualquier orden y naturaleza (incluidas empresas de economía mixta), el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, dará especial consideración a los productores públicos.

Artículo 110. Eliminación de trámites ante el INVIMA. En los trámites de expedición, renovación o modificación de registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-Invima podrá aceptar documentos públicos de origen extranjero sin el cumplimiento de los requisitos formales de apostilla o legalización, siempre y cuando el mismo documento o el interesado indique el link o enlace del sitio web de la entidad sanitaria que lo emite en el cual el Invima confirmara la veracidad y vigencia del documento.

Cuando el documento se haya emitido en idioma extranjero, el Invima podrá aceptar la traducción simple al castellano, bajo la responsabilidad del aportante.

Artículo 111. Condonación de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima. Las personas que, a la vigencia de la presente Ley, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima, se les condonarán los intereses cuando realicen el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago en las fechas que el Instituto establezca para tal fin que, no podrán superar el 31 de diciembre de 2024. Dicha reducción solo se concederá sobre los intereses establecidos por la entidad, para el pago de las obligaciones a su favor.

Artículo 112. Política de Formación. En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud-THS, la Formación del THS en los diferentes niveles de educación, tendrá en cuenta los siguientes criterios:

1. Orientar las prioridades de formación del talento humano en salud según las necesidades de la población para el mejoramiento de su salud y calidad de vida; de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y del Sistema de Salud, con enfoque familiar y comunitario.
2. Brindar estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.
3. Establecer el mecanismo para el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.
4. Establecer los criterios para la relación docencia servicio y cupos para los escenarios de práctica formativa.
5. Las condiciones de calidad para la oferta de las acciones y la formulación de planes institucionales de formación continua.
6. Formación Continua del Talento Humano en Salud la que se comprenden los procesos y actividades permanentes de entrenamiento y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas por parte de las profesiones y ocupaciones y que complementan la formación básica de educación superior, o de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH).

Parágrafo. Para la formulación de la política de THS en lo relacionado con la formación, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Ciencia y Tecnología y los apoyos del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología.

TÍTULO IX POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD

Artículo 113. Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas. Los cupos para acceder a las especialidades médicas se otorgarán con una lista en orden de mérito, mediante un examen único nacional que organizará el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, a fin de garantizar igualdad de acceso democrática a todos los profesionales de la salud que participen de las pruebas y apliquen a las diversas especialidades.

Artículo 114. Becas de matrícula para formación posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública. Con el fin de aumentar el acceso de los profesionales de la salud a especialidades médico-quirúrgicas y formación de posgrado el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos que se distribuirá entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por instituciones de educación superior y los cupos por especialidades médico quirúrgicas y oferta de programas posgraduales de salud pública para el país. Se priorizará a

profesionales de la salud provenientes de municipios PDET, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Parágrafo 2. Los beneficiarios deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.

Parágrafo 3. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno Nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud, las Instituciones de Educación Superior. La reglamentación para el mecanismo de administración estará en cabeza del Gobierno Nacional.

Artículo 115. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos. Las instituciones hospitalarias de la red pública del país brindarán prelación a las universidades de carácter público para la asignación de cupos de acuerdo a las necesidades para sus prácticas formativas en áreas clínicas y comunitarias, en los programas de pregrado y postgrado del área de la salud, sin exigir contra prestación económica alguna.

TÍTULO X REGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Artículo 116. 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 de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud.

El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales, tecnólogos y técnicos en salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente.

Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Preventivo y Predictivo con enfoque diferencial y territorial buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.

Así se deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, epidemias u otros.

Artículo 117. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán contratar a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Artículo 118. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes

2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991:

2.1. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas.

2.2. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.

2.3. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de reglamentaciones posteriores, el Gobierno Nacional en el término máximo de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará lo relativo a los apartados 132.2, 132.3. y 132.4.

Parágrafo 3. Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las

laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes."

Artículo 119. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como mixtas y privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.

Artículo 120. 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 121. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. Las instituciones de salud deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del Servicio Social Obligatorio (SSO) que participarán en equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.

En el marco del Sistema Nacional de Residencias Médicas, de que trata la Ley 1917 de 2018, los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios suscrito entre la institución de salud y la institución de educación superior, en el marco de la relación docencia-servicio.

Para la vinculación de los médicos y médicas residentes, incluidos en los equipos de atención, las instituciones públicas deberán ser vinculados a término fijo como trabajadores de la salud, y se les reconocerá el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018. En todo caso, estarán bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.

TÍTULO XI AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN

Artículo 122. Autonomía profesional. La autonomía profesional se refiere a la discrecionalidad que tienen los profesionales de la salud (medicina, enfermería, odontología, nutrición y dietética, terapias y psicología) para el ejercicio de su profesión, teniendo en cuenta los estándares establecidos en la *lex artis*, las guías de práctica clínica y los códigos de ética correspondientes. Este principio aplica para el profesional que es empleado de una institución de salud, así como cuando está ejerciendo de manera libre e independiente su profesión. La autonomía profesional incluye la atención profesional en salud y la autorregulación y profesionalismo.

1. Atención profesional en salud. Es el conjunto de acciones y decisiones que realiza un profesional de la salud o un grupo de ellos en relación con un paciente, sus allegados y la institución de salud, si fuera el caso.

2. Autorregulación y profesionalismo. Cada profesión de la salud contará con escenarios y mecanismos para autorregularse y propenderá por la adopción y actualización permanente de estándares profesionales adecuados para su práctica o ejercicio.

Parágrafo 1. Son mecanismos y escenarios de autorregulación los códigos de ética, las asociaciones y colegios profesionales, y los comités de autorregulación médica.

Parágrafo 2. Las asociaciones y colegios profesionales deberán actualizar y promover los códigos de ética como instrumentos que guían el actuar de los profesionales buscando garantizar a la sociedad una buena práctica.

Parágrafo 3. Las instituciones universitarias deberán incluir en sus currículos estrategias y contenidos para la formación adecuada en autorregulación y profesionalismo.

Parágrafo 4. La atención profesional en salud se debe llevar a cabo con diligencia, responsabilidad, conocimiento y habilidad. Las decisiones y acciones de los profesionales de la salud deben justificarse adecuadamente de acuerdo con las necesidades del paciente, su entorno vital y laboral, los parámetros determinados por el sistema de salud y los estándares establecidos para el ejercicio de cada profesión.

Artículo 123. 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 124. 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 125. Comité de Autorregulación Médica. Las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas contarán con el Comité de Autorregulación Médica, que tendrá como función analizar las políticas acerca de la utilización racional y eficiente de procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías en salud. Se definirá la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la integración del Comité de Autorregulación Médica observando equilibrio entre el profesional, el paciente y las instancias jerárquicas de la dirección de la institución. En los casos que sea necesario, el Comité de Autorregulación Médica consultará con el Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud (IETS), conforme a lo estipulado en la Ley 1438 de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la composición y su operación. La Dirección Territorial de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Médica; a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él, así como a aquellas que restrinjan la remisión por parte de la Coordinación de la Red de Servicios y en caso de reincidencia se procederá a su retiro de la Red.

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, sancionable con destitución, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo. Los profesionales de la salud serán igualmente responsables de falta disciplinaria grave cuando reincidan en la omisión de las decisiones del Comité de Autorregulación Médica.

Artículo 126. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas entre médicos a partir de la atención médica serán dirimidos por las Juntas Médicas de las Instituciones de Salud, ya sean del Estado-ISE, privadas, mixtas o por las Juntas Médicas de la Red Integral de Instituciones Sanitarias Estatales, privadas y mixtas, utilizando criterios de razonabilidad científica y ética, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 o la reglamentación que emane posteriormente a la aprobación de la presente ley.

Artículo 127. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas. Las discrepancias en diagnósticos o en alternativas terapéuticas serán dirimidas según lo establecido en la Ley 23 de 1981 o por las Juntas Médicas de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, las cuales serán de la institución sanitaria o de la red de salud y sus decisiones de basarán en la razón científica, la ética profesional, el estado del arte y la autorregulación.

Artículo 128. 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.

TÍTULO XII DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 129. 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 130. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. El régimen de salud y seguridad social del magisterio continuará vigente, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989 cuyo régimen de salud será el previsto en dicha norma.

El régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992 modificada por la Ley 647 de 2001.

Artículo 131. Empresas de Medicina Prepagada y Seguros Privados. Las empresas privadas que tienen como objeto social la venta de planes prepagados o voluntarios de salud podrán seguir funcionando y comercializando sus servicios, bajo las reglas y normas de funcionamiento, financiación y prestación de servicios que los rigen. Los suscriptores de los planes y seguros no tendrán prelación alguna cuando utilicen el Sistema de Salud, al cual tienen derecho.

Artículo 132. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto a:

- a) Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
- b) Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.
- c) Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
- d) La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno Nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Artículo 133. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de las adecuación en materia de de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.

Artículo 134. Plan Nacional de Salud Rural. Plan Nacional de Salud Rural. En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones y municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial PDET.

El gobierno nacional deberá formular el Plan de manera participativa con las organizaciones campesinas, víctimas del conflicto armado, comunidades rurales y comunidades étnicas presentes en los territorios rurales. Dicho plan, será implementado dando cumplimiento al punto 1.3.2.1 del "Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la construcción de una paz estable y duradera" adoptado mediante el Acto Legislativo 02 de 2017, para ello se articulará con las estrategias de Atención Primaria en Salud, aseguramiento social en salud, los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, las sedes de atención descentralizados en salud rural, el enfoque de determinantes sociales, el enfoque territorial y diferencial y demás aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un plazo de seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para la formulación e inicio de implementación del Plan Nacional de Salud Rural.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignarán y orientarán los recursos que propendan por el efectivo cumplimiento de las acciones e intervenciones estipuladas en el Plan Nacional de Salud Rural, de acuerdo al cálculo de costos según las características y necesidades de cada territorio, los cuales estarán dirigidos a el fortalecimiento y la recuperación de la infraestructura en salud, dotación en salud, garantías de acceso en salud y el mejoramiento de la calidad de la atención integral en la red pública de las zonas rurales y zonas rurales dispersas.

Parágrafo 3: Para la formulación e implementación del Plan Nacional de Salud Rural se deberá tener en cuenta e incluir además los siguientes enfoques:

1. Salud para las mujeres rurales, campesinas e identidades diversas.
2. Salud ruralidad y ambiente.
3. Salud de las y los trabajadores rurales

Parágrafo 4. Para el seguimiento y evaluación del PNSR el Gobierno Nacional creará el Observatorio Nacional de Salud Rural.

TÍTULO XIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS

Artículo 135. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. Los pacientes en estado crítico que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición. De igual forma se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.
2. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan requisitos de permanencia y a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, que decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.
3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitalización y demás recursos del aseguramiento social en salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición de dos años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos

donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. b. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

4. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

5. La Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección social en la estructuración de las redes integradas e integrales. Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo al plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social

6. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud.

7. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud.

8. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud- CAPS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá

una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal, darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida. La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos de Salud ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

9. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

10. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. - CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. - CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza. 11. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.

11. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

12. El Gobierno Nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección social.

Artículo 136. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades

Gestoras de Salud y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud.

Artículo 137. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado - ISE. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley. Para la implementación de su nuevo régimen laboral, lo harán progresivamente dentro de los cuatro años siguientes a la expedición de la presente ley, previo los estudios correspondientes que determinen su implementación y las disposiciones reglamentarias que expida el Gobierno Nacional sobre la materia.

En cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación. El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el período para el cual fue nombrado, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales señaladas para el Director de Institución de Salud Estatal. La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

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

Artículo 138. Facultades extraordinarias. 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.

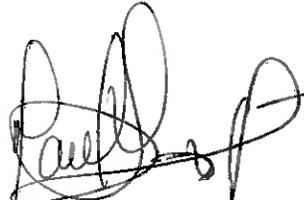
5. Dictar las disposiciones que sean reserva de ley y que garanticen un ordenado proceso de transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Sistema de Salud, conforme a lo ordenado por la presente ley, para garantizar el derecho fundamental a la salud.
6. Dictar las disposiciones y realizar las operaciones presupuestales que se requiera para capitalizar a la Nueva EPS en el periodo de transición, así como dictar las disposiciones orgánicas que corresponda para su adecuada operación.

Artículo 139. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,



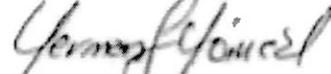
Alfredo Mondragón Garzón
Representante a la Cámara



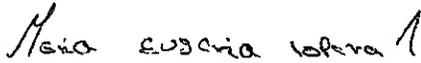
Marta Lisbeth Alfonso Jurado
Representante a la Cámara



Juan Carlos Vargas Soler
Representante a la Cámara



Germán José Gómez López
Representante a la Cámara



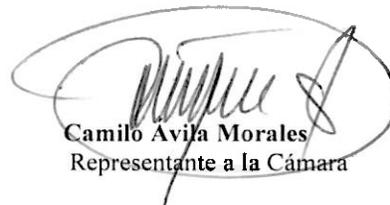
María Eugenia Lopera
Representante a la Cámara



Héctor Chaparro Chaparro
Representante a la Cámara



Alexander Quevedo Herrera
Representante a la Cámara



Camilo Avila Morales
Representante a la Cámara

ANEXO

CUADRO ACLARATORIO DE LA NUMERACIÓN PROYECTO DE LEY 339
DE 2022 CÁMARA

La subcomisión estudió de manera rigurosa la ponencia y su enmienda con el fin de constatar la numeración del articulado en debate. De conformidad con esto, a continuación, se presenta el cuadro comparativo sobre la enmienda.

TEXTO INFORME PONENCIA PRIMER DEBATE	TEXTO ENMIENDA	EXPLICACIÓN
CAPITULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACION	TÍTULO I. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	El Capítulo I del informe de ponencia pasa a ser el Título I de la enmienda.
Artículo 1. Objeto.	Artículo 1. Objeto	En la enmienda se conserva numeración y título del informe de ponencia.
Artículo 2. Aseguramiento Social en Salud.	Artículo 2. Aseguramiento social en salud.	En la enmienda se conserva numeración y título del informe de ponencia.
Artículo 3. Fines de la intervención del Estado.	Artículo 3: Fines de la intervención del Estado	En la enmienda se conserva numeración y título del informe de ponencia.
CAPÍTULO II: DETERMINANTES SOCIALES	TÍTULO II MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	El Capítulo II del informe de ponencia pasa a ser el Título II de la enmienda.
Artículo 4º Identificación de determinantes Sociales de la Salud.	Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud	El artículo 4 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 7 de la enmienda.
Artículo 5º. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.	Artículo 29. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.	El artículo 5 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 29 de la enmienda.
Artículo 6º. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.	El artículo 30. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.	El Artículo 6 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 30 de la enmienda.
CAPITULO III ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	TÍTULO III. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	El Capítulo III del informe de ponencia pasa a ser el Título III de la enmienda y se incluye el capítulo I.

	CAPÍTULO I. GOBERNANZA Y GESTIÓN PÚBLICA DEL SISTEMA DE SALUD	
Artículo 7º. Rectoría y dirección del sistema.	Artículo 28. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud	El artículo 7 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 28 de la enmienda.
Artículo 8o. Consejo Nacional de Salud.	Artículo 31. Consejo nacional de salud.	El artículo 8 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 31 de la enmienda.
Artículo 9o. Funciones del Consejo Nacional de Salud.	Artículo 32. Funciones del consejo nacional de salud.	El artículo 9 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 32 de la enmienda.
Artículo 10. Consejos Territoriales de Salud.	Artículo 33. Consejos Territoriales de salud.	El artículo 10 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 33 de la enmienda.
Artículo 11. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social.	Se elimina	Se elimina en la enmienda
Artículo 12. Evaluación y coordinación en el Sistema de Salud.	Se elimina	Se elimina en la enmienda
Artículo 13. Territorio de salud.	Artículo 8: Territorio para la gestión en salud.	El artículo 13 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 8 de la enmienda.
CAPITULO IV PRESTACIÓN DE SERVICIOS E INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO	CAPÍTULO II. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO	El Capítulo IV del informe de ponencia, pasa a ser el Capítulo II dentro del Título III de la enmienda.
Artículo 14. Cobertura de atención del Sistema de Salud.	Se elimina	se elimina en la enmienda
Artículo 15. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA)	Artículo 35. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).	El artículo 15 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 35 de la enmienda.
CAPITULO V PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO -ISE	CAPÍTULO II. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO	El Capítulo V del informe de ponencia, pasa a ser el Capítulo II dentro del Título III de la enmienda.
Artículo 16. Objeto de las Instituciones de Salud del Estado-ISE.	Artículo 37. Objeto, naturaleza y régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado – ISE	Los artículos 16, 17 y 19 del informe de ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se renumeran en el artículo 37.
Artículo 17. Naturaleza de las Instituciones de	Artículo 37. Objeto, naturaleza	Los artículos 16, 17 y 19 del informe de

Salud del Estado-ISE.	y régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado – ISE	ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se reenumeran en el artículo 37.
Artículo 18. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE.	Artículo 38. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE	El artículo 18 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 38 de la enmienda.
Artículo 19. Régimen jurídico.	Artículo 37. Objeto, naturaleza y régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado – ISE	Los artículos 16, 17 y 19 del informe de ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se reenumeran en el artículo 37.
Artículo 20. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE.	Artículo 39. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE	Los artículos 20 y 21 del informe de ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se reenumeran en el artículo 39.
Artículo 21. Aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado de Mediana y Alta Complejidad.	Artículo 39. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE	Los artículos 20 y 21 del informe de ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se reenumeran en el artículo 39.
Artículo 22. Giro de los recursos a las ISE.	Artículo 40. Giro de los recursos a las ISE	El artículo 22 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 40 de la enmienda.
Artículo 23. Régimen de contratación de las ISE.	Artículo 41. Régimen de contratación de las ISE	El artículo 23 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 41 de la enmienda.
Artículo 24. Órganos de dirección y administración de las ISE.	Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las ISE	Los artículos 24, 25 y 26 del informe de ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se reenumeran en el artículo 42.
Artículo 25. Integración del Consejo Directivo de las ISE.	Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las ISE	Los artículos 24, 25 y 26 del informe de ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se reenumeran en el artículo 42.
Artículo 26. Requisitos para el cargo de director de Instituciones de Salud del Estado- ISE.	Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las ISE	Los artículos 24, 25 y 26 del informe de ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se reenumeran en el artículo 42.
Artículo 27. Provisión del empleo de director.	Artículo 43. Provisión del empleo de director	El artículo 27 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 43 de la enmienda.
Artículo 28. Educación continua y	Se elimina	Se elimina en la enmienda

actualización en administración de servicios de salud.		
Artículo 29. Causales de retiro del director.	Se elimina	se elimina en la enmienda
Artículo 30. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial.	Artículo 44. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial.	Los artículos 30 y 31 del informe de ponencia se unifican por efectos de la enmienda y se reenumeran en el artículo 44.
Artículo 31. Evaluación del plan de gestión del director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial.	Artículo 44. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial.	Los artículos 30 y 31 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 44 de la enmienda.
Artículo 32. Régimen Laboral de las ISE.	El artículo 45. Régimen Laboral de las ISE.	El Artículo 32 del texto de ponencia se reenumera y pasa a ser el Artículo 45 de la enmienda.
Artículo 33. Derechos de permanencia de los servidores.	El artículo 46. Derechos de permanencia de los servidores.	El Artículo 33 del texto de ponencia se reenumera y pasa a ser el Artículo 46 de la enmienda.
Artículo 34. Entidad de Salud del Estado Itinerante	Artículo 47. Entidad de Salud del Estado Itinerante.	El artículo 34 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 47 de la enmienda.
Artículo 35. Plan Nacional de Equipamiento en Salud	Artículo 48. Plan nacional de equipamiento en salud.	El artículo 35 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 48 de la enmienda.
CAPITULO VI REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD -RIIS	TÍTULO II. MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	El Capítulo VI del informe de ponencia, pasa a ser el Título II en la enmienda.
Artículo 36. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS.	Artículo 12. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS.	El artículo 36 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 12 de la enmienda.
Artículo 37. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios.	Artículo 34. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios.	El artículo 37 del informe de ponencia se reenumera y pasa a ser el artículo 34 de la enmienda.
Artículo 38. Criterios determinantes de las	Artículo 13: Criterios	El artículo 38 del informe de ponencia se

redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS.	determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud –RIISS.	renumera y pasa a ser el artículo 13 de la enmienda.
Artículo 39. Organización y Conformación de las Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud – RIISS.	Artículo 14: Organización y conformación de las Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud – RIISS.	El artículo 39 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 14 de la enmienda.
Artículo 40. Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.	El artículo 40 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 27 de la enmienda.
Artículo 41. Prestación de servicios médicos asistenciales.	Se elimina	Se elimina de la enmienda
Artículo 42. Servicios Farmacéuticos.	Artículo 20. Servicios farmacéuticos.	El artículo 42 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 20 de la enmienda.
Artículo 43. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria.	El artículo 21. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria.	El Artículo 43 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 21 de la enmienda.
Artículo 44. Centro de Atención Primaria en Salud y adscripción de la población.	Artículo 9. Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS	El artículo 44 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 9 de la enmienda.
Artículo 45. Estructura y funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud- CAPS.	Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.	El artículo 45 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 10 de la enmienda.
Artículo 46. Equipos Territoriales de Salud.	Artículo 11. Equipos de salud territoriales.	El artículo 46 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 11 de la enmienda.
Artículo 47. Gestión de los servicios.	Se elimina	Se elimina de la enmienda
Artículo 48. Sistema de referencia y contrarreferencia.	Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia.	El artículo 48 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 18 de la enmienda.
Artículo 49. Consejo de Planeación y Evaluación de las redes de servicios de Salud.	Artículo 26. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS	El artículo 49 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 26 de la enmienda.
Artículo 50. Proceso Interinstitucional.	Se eliminó	Se eliminó de la enmienda
Artículo 51. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes.	Artículo 25. Coordinación departamental o distrital de las	El artículo 51 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 25 de la

	Redes.	enmienda.
Artículo 52. Coordinación Regional de las Redes.	Artículo 24. Coordinación regional de las Redes.	El artículo 52 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 24 de la enmienda.
Artículo 53. Seguimiento, evaluación y mejora de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RISS).	Se eliminó	Se eliminó de la enmienda
CAPÍTULO VII MODELO DE ATENCIÓN	TÍTULO II. MODELO DE SALUD BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	El Capítulo VII del informe de ponencia pasa a ser el Título II de la enmienda.
Artículo 54. Definición del modelo de salud.	El artículo 54 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 4	El Artículo 54 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 4 en la enmienda.
Artículo 55. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo.	El artículo 55 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 19	El Artículo 55 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 19 en la enmienda.
Artículo 56. Atención Primaria Integral en Salud (APIS).	Artículo 6. Atención primaria en salud (APS).	El artículo 56 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 6 de la enmienda.
Artículo 57. Fortalecimiento del nivel primario de atención.	Artículo 15. Fortalecimiento del nivel primario de atención.	El artículo 57 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 15 de la enmienda.
Artículo 58. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario.	Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario.	El artículo 58 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 16 de la enmienda.
Artículo 59. Apoyo al interior de las redes.	El artículo 59 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 17	El Artículo 59 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 17 en la enmienda.
Artículo 60. Ejes centrales del Modelo de atención.	Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud.	El artículo 60 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 5 de la enmienda.
Artículo 61. Prestación de servicios especiales para enfermedades raras y su prevención.	Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades	El artículo 61 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 22 de la enmienda.

	raras y su prevención.	
Artículo 62. Laboratorios de salud pública.	El artículo 62 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 23.	El Artículo 62 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 23 de la enmienda.
CAPITULO VIII FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD	TÍTULO IV FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA	El Capítulo VIII del informe de ponencia, pasa a ser el Título IV de la enmienda.
Artículo 63. Definición.	Artículo 56. Definición.	El artículo 63 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 56 de la enmienda.
Artículo 64. Cotizaciones y Aportes.	Artículo 57. Cotizaciones y aportes	El artículo 64 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 57 de la enmienda.
Artículo 65. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones.	El artículo 65 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 58	El Artículo 65 del texto de ponencia se renumera pasa a ser el Artículo 58 de la enmienda.
Artículo 66. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES.	El artículo 66 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 59	El Artículo 66 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 59 de la enmienda.
Artículo 67. Funciones de la entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.	Artículo 60. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.	El artículo 67 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 60 de la enmienda.
Artículo 68. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes.	El artículo 68 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 61.	El Artículo 68 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 61 de la enmienda.
Artículo 69. Fondo Único Público de Salud	El artículo 69 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 62	El Artículo 69 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 62 de la enmienda.
Artículo. 70. Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud.	El artículo 70 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 63.	El Artículo 70 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 63 de la enmienda.
Artículo 71. Cuenta de Fortalecimiento de la	El artículo 71 de la ponencia	El Artículo 71 del texto de ponencia se

Red Pública Hospitalaria.	no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 64.	renumera y pasa a ser el Artículo 64 de la enmienda.
Artículo 72. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud.	El artículo 72 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 65.	El Artículo 72. del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 65 de la enmienda.
Artículo 73. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.	El artículo 73 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 66.	El Artículo 73 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 66 de la enmienda.
Artículo 74. Destinación de los recursos administrados por la ADRES.	Artículo 67. Destinación de los recursos administrados por la ADRES.	El artículo 74 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 67 de la enmienda.
Artículo 75. Fondos de Salud.	El artículo 75 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 70	El Artículo 75 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 70 de la enmienda.
Artículo 76. Modificadorio del numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001.	El artículo 76 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 71.	El Artículo 76 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 71 de la enmienda.
Artículo 77. Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad.	El artículo 77 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 72	El Artículo 77 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 72 de la enmienda.
Artículo 78. Nivel Regional.	El artículo 78 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 73	El Artículo 78 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 73 de la enmienda.
Artículo 79. Fondo Cuenta Regional de Salud.	El artículo 79 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 74.	El Artículo 79 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 74 de la enmienda.
Artículo 80. Autorización de pago de servicios.	Artículo 75. Autorización de pago de servicios.	El artículo 80 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 75 de la enmienda.
Artículo 81. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud.	El artículo 81 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 76	El Artículo 81 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 76 de la enmienda.

Artículo 82. Prestaciones económicas.	El artículo 82 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 77.	El Artículo 82 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 77 de la enmienda.
Artículo 83. Cuentas y recursos administradas por la ADRES.	Se elimina	Se elimina de la enmienda
Artículo 84. Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES.	Se elimina	se elimina de la enmienda
Artículo 85. Recursos de las entidades territoriales.	El artículo 85 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 78	El Artículo 85 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 78 de la enmienda.
Artículo 86. Plan Nacional de Equipamiento en Salud.	Se elimina	Se elimina de la enmienda
Artículo 87. Fondos Territoriales de Salud.	Se elimina	Se elimina de la enmienda
Artículo 88. Criterios de asignación para los Fondos Territoriales de Salud.	Se elimina	Se elimina de la enmienda
Artículo 89. Competencias de los Departamentos en Salud.	Artículo 79. Cambio de destinación de los recursos departamentales en Salud.	El artículo 89 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 79 de la enmienda.
Artículo 90. Competencias de los municipios.	Artículo 80. Cambios de destinación de los recursos de los municipios en Salud.	El artículo 90 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 80 de la enmienda.
Artículo 91. Fondo Departamental y Distrital de Salud.	Artículo 81. Fondo departamental y distrital de salud.	El artículo 91 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 81 de la enmienda.
Artículo 92. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.	Se elimina	Se elimina de la enmienda
Artículo 93. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.	El artículo 93 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 82	El Artículo 93 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 82 de la enmienda.
Artículo 94. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud.	El artículo 94 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 83	El Artículo 94 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 83 de la enmienda.
Artículo 95. Acreencias de las EPS.	El artículo 95 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como	El Artículo 95 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 84 de la enmienda.

	artículo 84	
CAPÍTULO IX SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO DE INFORMACIÓN EN SALUD	TÍTULO V. SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD	El Capítulo IX del informe de ponencia pasa a ser el Título V de la enmienda.
Artículo 96. Sistema de Información.	Artículo 85. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.	El artículo 96 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 85 de la enmienda.
Artículo 97. Características del Sistema Público Unificado de Información.	Artículo 86. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.	El artículo 97 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 86 de la enmienda.
Artículo 98. Características generales.	Artículo 87. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.	El artículo 98 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 87 de la enmienda.
Artículo 99. Identificación de medicamentos.	El artículo 99 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 88	El Artículo 99 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 88 de la enmienda.
Artículo 100. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la Atención en Salud.	Artículo 89. Tecnología de información y comunicaciones al servicio de la atención en salud.	El artículo 100 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 89 de la enmienda.
Artículo 101. Desarrollo del Sistema Público Unificado de Información en Salud.	Artículo 90. Desarrollo del sistema público unificado e interoperable de información en salud.	El artículo 101 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 90 de la enmienda.
CAPÍTULO X PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL	TÍTULO VI: PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL	El Capítulo X del informe de ponencia, pasa a ser el Título VI de la enmienda.
Artículo 102. Participación social en el Sistema de Salud.	El artículo 102 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 91	El Artículo 102 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 91 de la enmienda.
Artículo 103. Ámbitos de la participación ciudadana y social.	Artículo 92. Ámbitos de la participación ciudadana y social.	El artículo 103 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 92 de la enmienda.
Artículo 104. Comités de Ética en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud.	Se elimina	Se elimina de la enmienda porque se encuentra reglamentado por la

		Resolución 13437 de 1991.
CAPITULO XI INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL	TÍTULO VII: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	El Capítulo XI del informe de ponencia, pasa a ser el Título VII de la enmienda.
Artículo 105. Superintendencia Nacional de Salud.	Artículo 93. Superintendencia nacional de salud.	El artículo 105 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 93 de la enmienda.
Artículo 106. Inspección, vigilancia y control.	El artículo 106 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 94	El Artículo 106 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 94 de la enmienda.
Artículo 107. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.	El artículo 107 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 95	El Artículo 107 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 95 de la enmienda.
Artículo 108. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.	Artículo 96. Ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de Salud.	El artículo 108 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 96 de la enmienda.
Artículo 109. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.	El artículo 109 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 97.	El Artículo 109 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 97 de la enmienda.
Artículo 110. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.	Artículo 98. Objetivos de la superintendencia nacional de salud.	El artículo 110 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 98 de la enmienda.
Artículo 111. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.	Artículo 99. Funciones y facultades de la superintendencia nacional de salud.	El artículo 111 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 99 de la enmienda.
Artículo 112. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.	Artículo 100. Función jurisdiccional de la superintendencia nacional de salud.	El artículo 112 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 100 de la enmienda.
Artículo 113. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.	El artículo 113 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 101.	El artículo 113 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 101 de la enmienda.
Artículo 114. Acceso expedito a los servicios de salud.	El artículo 114 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como	El Artículo 114 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 102 de la enmienda.

	artículo 102.	
Artículo 115. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos.	El artículo 115 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 103.	El Artículo 115 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 103 de la enmienda.
Artículo 116. Nombramiento Del Superintendente Nacional De Salud.	Se elimina	Se elimina de la enmienda.
CAPÍTULO XII POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	TÍTULO VIII POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	El Capítulo XII del informe de ponencia, pasa a ser el Título VIII de la enmienda.
Artículo 117. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.	El artículo 117 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 104.	El Artículo 117 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 104 de la enmienda.
Artículo 118. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud.	Artículo 105. Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud	El artículo 118 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 105 de la enmienda.
Artículo 119. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud.	Artículo 106. Gestión de las tecnologías aplicables en salud.	El artículo 119 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 106 de la enmienda.
Artículo 120. Regulación de Precios de Medicamentos.	El artículo 120 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 107.	El Artículo 120 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 107 de la enmienda.
Artículo 121. Disponibilidad de los servicios farmacéuticos en las redes integrales e integradas de salud.	Se elimina	Se elimina de la enmienda
Artículo 122. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud.	El artículo 122 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 108	El Artículo 122 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 108 de la enmienda.
CAPITULO XIII POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD	TÍTULO IX: POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD	El Capítulo XIII del informe de ponencia, pasa a ser el Título IX de la enmienda.
Artículo 123. Política de Formación.	Artículo 112. Política de Formación.	El artículo 123 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 112 de la enmienda.
Artículo 124. Examen nacional y único de	Artículo 113. Examen nacional	El artículo 124 del informe de ponencia

admisión a las especialidades médicas.	y único de admisión a las especialidades médicas	se renumera y pasa a ser el artículo 113 de la enmienda.
Artículo 125. Becas para formación de médicos.	Artículo 114. Becas de matrícula para formación posgradual de profesionales de salud en áreas médico-quirúrgicas y de salud pública.	El artículo 125 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 114 de la enmienda.
Artículo 126. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos.	El artículo 126 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 115.	El Artículo 126 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 115 de la enmienda.
CAPITULO XIV RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD	TÍTULO X: RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.	El Capítulo XIV del informe de ponencia pasa a ser el Título X de la enmienda.
Artículo 127. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud.	Artículo 116. Régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud.	El artículo 127 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 116 de la enmienda.
Artículo 128. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas.	El artículo 128 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 117	El Artículo 128 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 117 de la enmienda.
Artículo 129. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.	El artículo 129 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 118.	El Artículo 129 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 118 de la enmienda.
Artículo 130. Garantías para el suministro de los medios de labor.	El artículo 130 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 119.	El Artículo 130 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 119 de la enmienda.
Artículo 131. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	El artículo 131 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 120.	El Artículo 131 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 120 de la enmienda.
Artículo 132. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes.	El artículo 132 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 121.	El Artículo 132 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 121 de la enmienda.
Artículo 133. Recertificación voluntaria de los Trabajadores de la Salud.	Se elimina	Se elimina de la Enmienda

CAPITULO XV AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN	TÍTULO XI: AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN.	El Capítulo XV del informe de ponencia pasa a ser el Título XI de la enmienda.
Artículo 134. Autonomía profesional.	El artículo 134 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 122.	El Artículo 134 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 122 de la enmienda.
Artículo 135. Acto médico.	El artículo 135 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 123.	El Artículo 135 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 123 de la enmienda.
Artículo 136. Autorregulación médica.	El artículo 136 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 124.	El Artículo 136 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 124 de la enmienda.
Artículo 137. Comité de Autorregulación Médica.	El artículo 137 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 125.	El Artículo 137 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 125 de la enmienda.
Artículo 138. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico.	Artículo 126. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico.	El artículo 138 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 126 de la enmienda.
Artículo 139. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas.	El artículo 139 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 127.	El Artículo 139 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 127 de la enmienda.
Artículo 140. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud.	El artículo 140 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 128.	El Artículo 140 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 128 de la enmienda.
CAPITULO XVI ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y GESTORAS DE SALUD	CAPÍTULO III. GESTORAS DE SALUD Y VIDA	El Capítulo XVI del informe de ponencia pasa a ser el Capítulo III de la enmienda
Artículo 141. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).	Artículo 49. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).	El artículo 141 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 49 de la enmienda.
Artículo 142. Funciones de las Gestoras de Salud.	Artículo 50. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.	El artículo 142 del informe de ponencia se renumera y pasa a ser el artículo 50 de la enmienda.
Artículo 143. Requisitos aplicables a las	Se eliminó	Se eliminó en la enmienda

Gestoras de Salud y Vida.		
Artículo 144. Inspección, vigilancia y control para las gestoras de salud y vida.	Artículo 53. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida.	El Artículo 144 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 53 de la enmienda.
Artículo 145. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud.	Artículo 54. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida.	El Artículo 145 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 54 de la enmienda.
Artículo 146. Atención de los pacientes con patologías crónicas.	El artículo 146 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 55.	El Artículo 146 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 55 de la enmienda.
CAPITULO XVII DISPOSICIONES GENERALES	TÍTULO XII: DISPOSICIONES GENERALES.	El Capítulo XVII del informe de ponencia pasa a ser el Título XII de la enmienda.
Artículo 147. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.	El artículo 147 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 129.	El Artículo 147 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 129 de la enmienda.
Artículo 148. Regímenes Exceptuados y Especiales.	Artículo 130. Regímenes exceptuados y especiales.	El Artículo 148 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 130 de la enmienda.
Artículo 149. Empresas de Medicina Prepagada y Seguros Privados.	El artículo 149 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 131.	El Artículo 149 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 131 de la enmienda.
Artículo 150. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.	El artículo 150 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 132.	El Artículo 150 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 132 de la enmienda.
Artículo 151. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom	El artículo 151 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 133.	El Artículo 151 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 133 de la enmienda.
Artículo 152. Plan Nacional de salud Rural.	Artículo 134. Plan nacional de salud rural.	El Artículo 152 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 134 de la enmienda.
CAPITULO XVIII DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS	TÍTULO XIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS.	El Capítulo VIII del informe de ponencia pasa a ser el Título XIII de la enmienda.

Artículo 153. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.	Artículo 135. Régimen de transición y evolución hacia el sistema de salud.	El Artículo 153 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 135 de la enmienda.
Artículo 154. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición.	Artículo 136. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición.	El Artículo 154 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 136 de la enmienda.
Artículo 155. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado.	Artículo 137. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado - ISE	El Artículo 155 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 137 de la enmienda.
Artículo 155. Vigencia.	El artículo 155 de la ponencia no es modificado por la enmienda. Se renumera como artículo 139.	El Artículo 155 del texto de ponencia se renumera y pasa a ser el Artículo 139 de la enmienda.
No aplica	Artículo 36. Gestión Pública de los Servicios de Salud.	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 36
No aplica	Artículo 51. Transitorio.	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 51
No aplica	Artículo 52. Gobierno corporativo y rendición de cuentas.	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 52
No aplica	Artículo 68. Reserva técnica del Estado para garantizar el giro directo.	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 68
No aplica	Artículo 69. Servicios sociales complementarios en salud.	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 69
No aplica	Artículo 109. Vacunas producidas por entidades públicas.	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 109
No aplica	Artículo 110. Eliminación de trámites ante el INVIMA.	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 110
No aplica	Artículo 111. Condonación de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 111

	Medicamentos y Alimentos – Invima.	
No aplica	Artículo 138. Facultades extraordinarias.	Artículo nuevo adicionado por la enmienda que se numera como artículo 138