

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL 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"

Bogotá D.C., 29 mayo de 2023.

Doctor

AGMETH ESCAF

PRESIDENTE

Comisión Séptima Constitucional

Cámara de Representantes

Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al 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"

Señor Presidente,

Atendiendo la designación que realizó la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes de la República de Colombia, y de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política y la Ley 5 de 1992, nos permitimos rendir informe de ponencia positiva para segundo debate en plenaria de la Cámara de Representantes al 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".

Cordialmente,



ALFREDO MONDRAGÓN G.
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

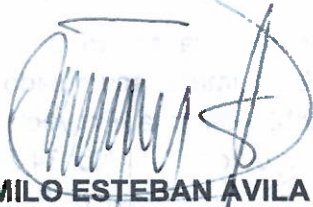
MARTHA ALFONSO JURADO
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara



GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
Ponente
Representante a la Cámara



JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Ponente
Representante a la Cámara



CAMILO ESTEBAN ÁVILA M.
Ponente
Representante a la Cámara

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

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"

La presente ponencia consta de los siguientes apartes:

1. Objeto del Proyecto
2. Contenido del Proyecto
3. Antecedentes y trámites de la iniciativa
 - a. Radicación y designación de ponentes
 - b. Discusión y aprobación de informes de ponencia
 - c. Continuación del debate y Comisión Accidental
 - d. Debate en la comisión
4. Marco Jurídico del Proyecto de Ley
 - a. Constitución Política de Colombia y Jurisprudencia Constitucional
 - b. Legal
5. Justificación y contexto general.
6. Conflicto de interés.
7. Proposición.
8. Texto propuesto para segundo debate

1. OBJETO DEL PROYECTO

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.

2. CONTENIDO DEL PROYECTO

El proyecto de Ley consta de su título y de 143 artículos incluida la vigencia, en los cuales se desarrolla lo siguiente:

TÍTULO DEL PROYECTO: PROYECTO DE LEY No. 339 DE 2023 – CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NÚMERO 340 DE 2023- CÁMARA, PROYECTO DE LEY NUMERO 341 DE 2023 –CÁMARA, Y EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 344 DE 2023 – CÁMARA POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

TÍTULO I

OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1: Objeto.

Artículo 2. Aseguramiento social en salud.

Artículo 3. Fines de la intervención del Estado.

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.

Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud.

Artículo 6. Atención Primaria en Salud (APS).

Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud.

Artículo 8. Territorio para la gestión en salud.

Artículo 9. Centro de Atención Primaria en Salud.

Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.

Artículo 11. Equipos de salud territorial.

Artículo 12. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS.

Artículo 13. Criterios determinantes 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.

Artículo 15. Fortalecimiento del nivel primario de atención.

Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario.

Artículo 17. Apoyo al interior de las redes.

Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia.

Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud en el Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Artículo 20.

Artículo 21. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria.

Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención.

Artículo 23. Laboratorios de salud pública.

Artículo 24. Coordinación regional de las Redes.

Artículo 25. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes.

Artículo 26. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RISS.

Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de 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

Artículo 29. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.

Artículo 30. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.

Artículo 31. Consejo Nacional de Salud.

Artículo 32. Funciones del Consejo Nacional de Salud.

Artículo 33. Consejos Territoriales de Salud.

Artículo 34. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios.

Artículo 35. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

CAPÍTULO II.

INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO

Artículo 36. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.

Artículo 37. Tipologías y Niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE.

Artículo 38. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE.

Artículo 39. Giro de los recursos a las ISE.

Artículo 40. Régimen de contratación de las ISE.

Artículo 41. Órganos de dirección y administración de las ISE.

Artículo 42. Provisión del empleo de director.

Artículo 43. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial.

Artículo 44. Régimen Laboral de las ISE.

Artículo 45. Derechos de permanencia de los servidores.

Artículo 46. Entidad de Salud del Estado Itinerante.

Artículo 47. Plan Nacional de Equipamiento en Salud.

CAPÍTULO III.

GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 48. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Artículo 49. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 50. Transitorio.

Artículo 51. Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas.

Artículo 52. Inspección, Vigilancia y Control para las Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida

Artículo 54. Atención de los pacientes con patologías crónicas.

TÍTULO IV

FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA

Artículo 55. Definición.

Artículo 56. Cotizaciones y Aportes.

Artículo 57. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones.

Artículo 58. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

Artículo 59. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes.

Artículo 60. Fondo Único Público de Salud.

Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud.

Artículo 62. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.

Artículo 63. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Público Único de Salud.

Artículo 64. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

Artículo 65. Destinación de los recursos administrados por la ADRES.

Artículo 66. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo.

Artículo 67. Servicios Sociales Complementarios en Salud.

Artículo 68. Nivel Regional.

Artículo 69. Autorización de pago de servicios.

Artículo 70. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud.

Artículo 71. Prestaciones económicas.

Artículo 72. Recursos de las entidades territoriales.

Artículo 73. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.

Artículo 74. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud.

Artículo 75. Acreencias de las EPS.

TITULO V

SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD

Artículo 76. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

Artículo 77. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información.

Artículo 78. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

Artículo 79. Identificación de medicamentos.

Artículo 80. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la atención en salud.

Artículo 81. Desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

TITULO VI

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

Artículo 82. Participación social en el Sistema de Salud.

Artículo 83. Ámbitos de la participación ciudadana y social.

TÍTULO VII

INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 84. Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 85. Inspección, vigilancia y control.

Artículo 86. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

Artículo 87. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 88. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 89. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 90. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 91. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 92. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.

Artículo 93. Acceso expedito a los servicios de salud.

Artículo 94. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos.

TÍTULO VIII

POLÍTICA FARMACEÚTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

Artículo 95. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.

Artículo 96. Política de Medicamentos, Dispositivos médicos, Insumos y Tecnologías en Salud.

Artículo 97. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud.

Artículo 98. Regulación de Precios de Medicamentos.

Artículo 99. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud.

Artículo 100. Vacunas producidas en Colombia.

Artículo 101. Eliminación de trámites ante el INVIMA.

Artículo 102. Condonación de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima.

Artículo 103. Política de Formación.

TÍTULO IX

POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD

Artículo 104. Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas.

Artículo 105. Becas de matrícula para formación posgradual de profesionales de salud, en áreas médico quirúrgicas y de salud pública.

Artículo 106. Prelación a las universidades públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos.

TÍTULO X

REGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Artículo 107. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud.

Artículo 108. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas.

Artículo 109. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.

Artículo 110. Garantías para el suministro de los medios de labor.

Artículo 111. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Artículo 112. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes.

TÍTULO XI

AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN

Artículo 113. Autonomía profesional.

Artículo 114. Acto médico.

Artículo 115. Autorregulación médica.

Artículo 116. Comité de Autorregulación Médica.

- Artículo 117.** Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico.
Artículo 118. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas.
Artículo 119. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud.

TÍTULO XII

DISPOSICIONES GENERALES

- Artículo 120.** Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.
Artículo 121. Regímenes Exceptuados y Especiales.
Artículo 122. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas.
Artículo 123. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom.
Artículo 124. Plan Nacional de Salud Rural.

TÍTULO XIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Y VARIAS

- Artículo 125.** Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.
Artículo 126. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición.
Artículo 127. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado - ISE.
Artículo 128. Facultades extraordinarias.
Artículo 129. Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Artículo 130. Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud.
Artículo 131. Acuerdos de Voluntades.
Artículo 132. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud.
Artículo 133. Cumplimiento de la normatividad vigente.
Artículo 134. Observatorio de Talento Humano en Salud.
Artículo 135. Comité Ejecutivo.
Artículo 136. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física.
Artículo 137. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades.
Artículo 138. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).
Artículo 139. Derechos y estímulos de los servidores públicos.
Artículo 140. Prevalencia de los cuidadores o asistentes personales no remunerados para la prestación de servicios personales domiciliarios a personas en

condición de discapacidad, a cargo de instituciones prestadoras de salud o quien haga sus veces.

Artículo 141.

Artículo 142.

Artículo 143. Vigencia.

3. ANTECEDENTES Y TRÁMITE DE LA INICIATIVA

a. Radicación y designación de ponentes

La presente iniciativa fue radicada el 13 de febrero de 2023 por el Gobierno Nacional en cabeza de la Ministra de Salud y Protección Social, la Dra. Carolina Corcho Mejía, los Honorables Senadores Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epieyu, Aida Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury, y los Honorables Representantes Alfredo Mondragón Garzón, Juan Carlos Vargas Soler, David Ricardo Racero Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracutao García Ospina, Marta Alfonso Jurado y Juan Pablo Salazar Rivera.

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

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

El 23 de febrero de 2023 fueron designados como ponentes del Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", los Honorables Representantes H.R.

Alfredo Mondragón Garzón, Germán Rogelio Rozo Anís, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Gerardo Yepes Caro (Coordinadores Ponentes), Germán Gómez López, Juan Carlos Vargas Soler, Betsy Judith Pérez Arango, Camilo Esteban Ávila Morales y Juan Felipe Corzo Álvarez.

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

Y, el 15 de marzo de 2023 fue remitido a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, de los autores: HH. RR. Oscar Darío Pérez Pineda, Mauricio Parodi Díaz y el H. S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés.

El 21 de marzo del 2023 mediante Resolución No. 006 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se acumuló el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*, con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara *"Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"*, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, y se nombran como ponentes de dicha acumulación de los proyectos a los HH.RR. ya designados el 23 de febrero.

El 31 de marzo de 2023 fue radicado el Informe de ponencia para primer debate a los Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* y sus acumulados Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, *"Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 – Cámara, *"Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"*, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 – Cámara, *"Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud"*, por los HH.RR. Alfredo Mondragón, Martha Alfonso Jurado, Germán José Gómez, Juan Carlos Vargas, Gerardo Yepes Caro, Camilo Esteban Ávila, y publicado en la Gaceta 283 del 11 de abril de 2023.

Esta ponencia fue enmendada parcialmente, cuya publicación consta en la Gaceta 338 del 2023.

En el marco de la discusión para presentar el del Informe de ponencia aprobado a, la Comisión Séptima, los ponentes estudiaron los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", se identificaron coincidencias en algunas propuestas con el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", tales como la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud, los hospitales públicos, la dignificación de las y los trabajadores del sector de la salud y el mejoramiento del flujo de recursos a través del uso del mecanismo del giro directo desde la ADRES hacia la totalidad de entidades.

No obstante, los proyectos referidos no concuerdan con la necesidad y el interés de implementar cambios estructurales en el Sistema de Salud, principalmente con el establecimiento de regulaciones más precisas frente al manejo y usos de los recursos del sistema que favorezca la transparencia en la aplicación de recursos, por medio de la recuperación de la rectoría en cabeza del estado, restableciendo así, la garantía del goce efectivo y universal del derecho fundamental a la salud, el cuidado integral y la protección de la vida de la población colombiana y de los recursos.

Por lo anterior, los ponentes presentaron a consideración de la célula legislativa un informe de ponencia junto con su enmienda que conserva la esencia e intención de la radicación del Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara, en relación con el tránsito de un modelo de atención en donde predomina el enfoque curativo, que según la Corte Constitucional atenta contra la dignidad humana, a un modelo dirigido al cuidado integral de la población, basado en la atención primaria en salud, con un modelo con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, en el cual se territorializa la respuesta en salud, facilitando el acceso a los servicios.

Este informe de ponencia fue igualmente el resultado de un ejercicio ampliamente participativo que incluyó la realización de audiencias públicas Durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2022 y enero, febrero, marzo y abril de 2023; se realizaron 38 audiencias públicas en 21 ciudades: Bogotá, Cali, Fonseca, Cauca, Aracataca, Inírida, Fómeque, Caldas, Pasto, Villavicencio, Quibdó, Medellín, Barranquilla, Yopal, Ibagué, Palmira, Cúcuta, San Andrés, San José del

Guaviare, Arauca, Bucaramanga. Algunas de estas audiencias se realizaron en cumplimiento del marco de la proposición N° 37 radicada el 21 de febrero del 2023, ante la H. Comisión Séptima de la Cámara de Representantes; así como, por iniciativa de congresistas de otras Comisiones.

En las audiencias se escucharon y recogieron necesidades, solicitudes y propuestas de la comunidad en cuanto a la atención integral en salud, igualmente, se oyeron las inquietudes de los trabajadores del sector sanitario, del gremio médico e industrial; lo cual enriqueció la propuesta de la reforma.

En todas hubo participación del Ministerio de Salud y Protección Social y en la mayoría de estas se contó con presencia de congresistas de la Cámara de Honorables Representantes y el o Senadores.

El 12 de abril de 2023 fue radicado Informe de ponencia positivo al Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara y sus acumulados por el H. Representante Germán Rogelio Rozo, publicado en la Gaceta 323 del 2023.

El 13 de abril de 2023 fue radicado el Informe de ponencia negativo al Proyecto de Ley 339 de 2023 y sus acumulados por los HH. Representantes Juan Felipe Corzo y Betsy Judith Pérez Arango, publicado en la Gaceta 290 de 2023.

b. Discusión y aprobación de informes de ponencia

El informe de ponencia que propuso el archivo del Proyecto de Ley, suscrito por los Honorables Representantes Betsy Judith Pérez Arango y Juan Felipe Corzo, fue negado por la mayoría de la Comisión Séptima Constitucional Permanente en sesión formal del 19 de abril de 2023, con 17 votos en contra del archivo 4 a favor del mismo.

Por otra parte, el 25 de abril de 2023 fue aprobada la proposición con la que termina el informe de la ponencia positiva mayoritaria junto con su enmienda (Gacetas 283 y 338 de 2023), con 10 votos a favor y 8 votos en contra.

c. Continuación de debate y Comisión Accidental

En la sesión del 11 de mayo de 2023 la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente resolvió conformar una Comisión Accidental para el estudio del Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", el Proyecto de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud", el Proyecto de

Ley No. 341 de 2023 – Cámara, "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 – Cámara, "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", integrada por los siguientes congresistas:

- Martha Alfonso
- Héctor Chaparro
- María Eugenia Lopera
- Alexander Quevedo
- Alfredo Mondragón
- Camilo Ávila
- Germán Gómez
- Juan Carlos Vargas

Una vez reunida la comisión accidental y habiendo deliberado acerca del trámite de la iniciativa en cuestión, ésta halló que el trámite que de la misma se había surtido y ajustado a lo dispuesto por la Ley 5ª de 1992 y que este ha preservado los principios del trámite legislativo, tales como el de publicidad, consecutividad, pluralismo, entre otros.

La Comisión Accidental remitió Informe Parcial al presidente de la Comisión VII el 11 de mayo de 2023 en el que propuso el desarrollo en la sesión de tres (3) artículos, los cuales fueron debidamente leídos y aprobados.

La Comisión Accidental constató que la enmienda a la ponencia implicó la remuneración de los artículos del proyecto, cuya nueva numeración no implicó cambios en el contenido de un bloque de artículos; dicha remuneración se constata en el punto "4", con título "*Contenido de la Iniciativa*", del documento de enmienda publicado en la Gaceta del Congreso 338 de 2023.

Por su parte, en el informe parcial quedó consignada la propuesta de continuidad de dicha comisión con la finalidad de sugerir un orden para el desarrollo del debate.

El 15 de mayo de 2023 fue publicado en la Gaceta 480 de 2023 el texto aclaratorio de la numeración del articulado en el Proyecto de Ley número 339 de 2023- Cámara, radicado por la Comisión Accidental, dando alcance al informe parcial del 11 de mayo de 2023.

Por otro lado, en aras de garantizar el debate y la participación, el 16 de mayo de 2023 se adelantó una sesión exclusiva de la oposición, en el marco de solicitud que hiciesen los voceros a la Mesa Directiva de la Comisión Séptima y en cumplimiento de la Ley 1909 de 2018 “Estatuto de Oposición”. En el marco de la sesión, también se dió a lugar una En el marco de la sesión, también se dió a lugar una sesión informal en la que se escucharon a diferentes actores sociales, políticos y gremiales, del sector salud y otros, tales como:

- Fernando Ruiz (Exministro de salud)
- Clemencia Mayorga (Asociación Acuerdos fundamentales, 20 organizaciones médicas independientes)
- Luisa Pérez Montoya (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas)
- Patricia Vélez Camacho (Presidente Sociedad Colombiana de anestesiología y reanimación)
- Ramón Abel Castaño Yepes (Médico de la Universidad CES, Máster en Gestión y Política en Salud)
- Jaime Arias (Exministro de Salud y expresidente de ACEMI)
- Juan Pablo Rueda (Presidente de Sanitas EPS)
- Gustavo Adolfo Campillo Orozco (Organizaciones de pacientes)
- Germán Escobar (Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios)
- Alejandro Gaviria (Exministro de salud)
- Ángela Pérez (Sies salud atención especializada para pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo)
- Esperanza Arias (Representante de usuarios Nueva EPS)
- Hermana Doris Leonina Delgado (Directora de Asociación Colombiana de Enfermos Hepáticos y Renales)
- Galo Viana Muñoz (Director de Mutual ser EPS)
- Jorge García (Director de Fundación Retorno Vital)
- Yorlando Ballesteros (Asociación Nacional del Transporte Especial)
- Yesid Camacho (Presidente de ANTHOC)
- Nancy Maldonado (Asociación de usuarios de EPS Compensar)
- Jonathan García (Salubrista e investigador de la Universidad de Harvard)
- Augusto Galán (Exministro de Salud)
- Diana Cárdenas (Exdirectora de la ADRES)

El 18 de mayo de 2023 fue radicado y remitido a los congresistas de la Comisión Séptima el Informe de la Comisión Accidental para el estudio del proyecto de ley, con una relación de las proposiciones presentadas al articulado del Proyecto de Ley.

Del 16 de mayo al 23 de mayo de 2023 se votaron los artículos, terminando con el trámite total del articulado el día 23 de mayo del 2023.

El 24 de mayo del 2023 por medio de oficio CSCP 3.7-305-23 fueron designados como ponentes para segundo debate los Honorables Representantes Alfredo Mondragón Garzón, Germán Rogelio Rozo Anís, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Gerardo Yepes Caro (Coordinadores Ponentes), Germán José Gómez López, Juan Carlos Vargas Soler, Betsy Judith Pérez Arango, Camilo Esteban Ávila Morales, Juan Felipe Corzo Álvarez.

d. Debate en la comisión

Durante el desarrollo del debate los ponentes expusieron el contenido y la intención de los títulos del articulado, los cuales son el resultado de diálogos abiertos y continuos con diversidad de sectores sociales, actores del sistema de salud, así como con los distintos partidos políticos, además de la inclusión de aspectos coincidentes de otras iniciativas legislativas.

En ese sentido, y, producto de los mecanismos de concertación e intercambio de iniciativas, se hizo posible presentar mancomunadamente entre la bancada del Pacto Histórico, Curules de Paz y congresistas del Partido de la U, numerosas propuestas de modificación que fueron acogidas por la Comisión Séptima de Cámara de Representantes para robustecer el texto del articulado que finalmente fue aprobado. Asimismo, la y los ponentes del informe en discusión acogieron las propuestas que diversos congresistas de los partidos Liberal, Conservador, Mira, Alianza Verde, Curules de Paz, Comunes, Liga Anticorrupción, entre otros, propusieron durante el debate.

Es así como, con el propósito de que Colombia avance hacia un sistema que garantice el derecho fundamental a la salud sin discriminación alguna, se coincidió en la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención basado en el cuidado integral de la población, trabajando de manera intersectorial, fomentando la participación ciudadana vinculante y reorientando los servicios de salud hacia el cuidado de la vida. Un modelo de atención con enfoque preventivo, predictivo y resolutivo, con equipos territoriales y multidisciplinarios de salud, cuidando personas, las familias y las comunidades. En esa misma vía, la Comisión Séptima respaldó el fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria en Salud, como unidades polifuncionales con funciones complementarias frente a las direcciones territoriales de salud y como actores de las Redes Integrales e Integradas de Salud, para que cada ciudadano pueda acceder a los servicios de salud cerca a su lugar de residencia o trabajo.

Igualmente, se crearán instancias para que aborden positivamente los determinantes sociales de la salud.

Por otro lado, se aprobaron medidas que permitirán que los hospitales y las clínicas cooperen, trabajando en Redes Integrales e Integradas de servicios de salud, así como dignificar las condiciones de trabajo de las y los trabajadores de la salud. Con ese propósito los congresistas del Partido de la U y del Pacto Histórico radicaron una propuesta para garantizar recursos con cargo al presupuesto nacional para el proceso de formalización laboral de las ISE.

La Comisión Séptima aprobó ajustes que permiten profundizar la intención inicial de la propuesta de fortalecer la eficiencia en el manejo de los presupuestos direccionados a las ISE. Con ese propósito se aprobó el desarrollo y fortalecimiento de un Sistema Público de Información Unificado e Interoperable para consolidar la información clínica y financiera, que garantizará la transparencia sobre el manejo de los recursos económicos facilitando su seguimiento y control, así como la trazabilidad de toda la información relacionada con las y los pacientes para la garantía de su derecho a la salud.

La discusión en la célula congresional de los artículos “Autonomía profesional”, “Acto médico” y “Autorregulación médica” permitió reafirmar el reconocimiento de la autonomía y autorregulación de los profesionales de la salud como central en la garantía del derecho fundamental a la salud. Durante la discusión se ajustó por consenso la definición de acto médico para que sea visible su carácter de medio y no de resultados; así como la necesaria existencia de comités y juntas médicas para la toma de decisiones acertadas para el cuidado de la salud.

Con relación a la Superintendencia Nacional de Salud se aprobaron medidas tendientes al fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control en el territorio nacional, y ajustes propuestos por Carolina Giraldo y Duvalier Sánchez del Partido Verde, entre otros.

Frente a los artículos de Regulación de precios de medicamentos y de Vacunas producidas en Colombia, se aprobaron propuestas de modificación del H.R. Héctor Chaparro de tal forma que se permita dar prioridad a productores locales y entidades públicas, privadas y mixtas.

Asimismo se aprobaron ajustes frente al artículo de la Eliminación de trámites ante el INVIMA propuestos por las HH.RR. Erika Sánchez y Alexandra Vásquez.

La Comisión Séptima aprobó propuestas presentadas en conjunto por los congresistas de los Partidos de la U, Partido Verde y Pacto Histórico, para mejorar la redacción del proyecto con el objetivo de aprovechar las capacidades administrativas, operativas y de gestión de las EPS que cumplan con los requisitos para habilitarse como Gestoras de Salud y Vida. Se hicieron ajustes tendientes a permitir una mejor coordinación entre los actores de las Redes Integrales e Integradas de Salud y del Sistema de salud en general, así como a fortalecer las instancias de concertación, de coordinación regionales y locales, de Planeación y evaluación, y a las direcciones de salud territorial de las entidades locales de gobierno, bajo los lineamientos y las condiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, como cabeza rectora del sistema.

En ese sentido, se aprobaron las Coordinaciones Regional, Departamental o Distrital de las Redes como unidades funcionales del Ministerio de Salud y Protección Social o de las Direcciones territoriales correspondientemente, así como su responsabilidad de velar por la continuidad de la atención de los pacientes cuando se requiera atención en instituciones que no tienen presencia en ámbitos departamental o regional.

Con ese mismo propósito se presentó propuesta por parte de los congresistas del Partido de la U, Partido Liberal y Pacto Histórico, para asignar recursos a las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital, constituidas por las direcciones departamentales y zonales, según reglamentación del Ministerio de Salud.

En el articulado aprobado las Gestoras de Salud y Vida se constituyen como un agente del sistema con funciones administrativas centradas en el nivel de gestión operativa para el acceso de los usuarios a servicios de salud de mediana y alta complejidad, en las Redes Integrales e Integradas de Salud. Para esto, las Gestoras asumirán procesos de manera coordinada y conjunta con los CAPS y con las Entidades territoriales, tales como establecer el sistema de referencia y contrarreferencia incluyendo los CRUE; el de intercambiar información y monitorear el uso racional de servicios y tecnologías de la población atendida para garantizar pertinencia y eficiencia en el gasto; evaluación de resultados en salud para garantizar la calidad de la atención, todo esto de manera coordinada y articulada. Por las anteriores funciones, entre otras, se les reconocerá como gastos administrativos el 5% de la UPC asignada para la atención de servicios de mediana y alta complejidad.

La Comisión Séptima aprobó la propuesta integrada en el informe de ponencia con su enmienda, de reconocer como uno de los parámetros para establecer los criterios determinantes de las RIIS, el sistema de asignación e incentivos dirigidos a los prestadores, CAPS y Gestoras, en el que se incluye como posible incentivo el

reconocimiento de hasta un 3% adicional en relación con el total de recursos asignados a estos actores, por el cumplimiento de resultados en salud, satisfacción de los usuarios y uso eficiente de los recursos.

Por otro lado, se aprobaron modificaciones que perfeccionaron la redacción buscando evitar interpretaciones que dieran la idea de generar fragmentación la atención y de las Redes, para que se fortalezca la integralidad y la continuidad. También se aprobaron ajustes propuestos por diversos partidos mejorando la redacción del artículo de Servicios Farmacéuticos, con el fin de aclarar el carácter permanente de los Gestores Farmacéuticos y de fortalecer la coordinación de mecanismos para la garantía de provisión de medicamentos a los pacientes, eliminar progresivamente las barreras de acceso y garantías para la población en condición de discapacidad.

En vías de consolidar mecanismos de protección de los recursos en el sistema de salud se aprobó por parte de la célula legislativa que la ADRES podrá celebrar contratos con entidades especializadas en auditorías médicas, incluyendo las Gestoras, adicionalmente a las realizadas con cargo a sus gastos de administración. En ese mismo sentido, se establece con el articulado aprobado el giro directo desde la ADRES, que se transformará en pagador único en el marco del período de transición, fortaleciendo progresivamente sus capacidades administrativas.

Se acogieron artículos nuevos que permiten desarrollar con mayor detalle algunos asuntos de gran importancia, como el artículo "Acuerdo de voluntades" radicado por los congresistas de los Partidos de la U, Conservador, Partido Verde y Pacto Histórico. Con los acuerdos de voluntades quedarán establecidas las condiciones de adscripción y requisitos que permiten garantizar a los prestadores de servicios de salud habilitados en las Redes Integrales e Integradas de Salud recibir los pacientes y los pagos por las atenciones prestadas, queda entonces establecido que el estado deberá celebrar acuerdos de voluntades con las RISS y/o con los prestadores y proveedores de servicios de salud en cabeza de la ADRES como pagador único y que el Gobierno Nacional expedirá una reglamentación de esos acuerdos de voluntades, lo cual también se refleja en ajustes al articulado.

Asimismo, el artículo nuevo "Unidad de Pago por Capitación (UPC)" radicado por los congresistas de Partidos de la U, Conservador, Partido Verde y Pacto Histórico, atiende la necesidad de continuar con el proceso de definición del valor anual de la UPC, en tanto unidad de cálculo y presupuestación per cápita, definida mediante estudios técnicos. Diversos sectores políticos coinciden en la necesidad de mantener los acumulados positivos de las décadas recientes, en este caso los instrumentos técnicos actuariales basados en ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo,

la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población como instrumentos necesarios para proporcionar los valores per cápita.

En el marco de las contribuciones de los distintos partidos, fue aprobado igualmente el artículo nuevo “Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud” permite igualmente detallar esa asignación, garantizando la financiación de la Atención Primaria Integral en Salud vía oferta, así como de la atención en salud de mediana y alta complejidad.

La Comisión Séptima aprobó el artículo nuevo presentado por los H. Representantes Alfredo Mondragón y Martha Alfonso, para conceder créditos blandos con periodo de gracia y tasas compensadas a las Instituciones de Salud del Estado e IPS privadas o mixtas a las que se les adeuden cartera por parte de las EPS liquidadas o en proceso de liquidación, con el objetivo de que puedan sanear sus finanzas y mantenerse en el Sistema de Salud, programa que será responsabilidad del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y que apunta a garantizar estabilización financiera a las IPS públicas, privadas y mixtas afectadas por la falta de pago de estas instituciones liquidadas o en proceso de liquidación.

Adicionalmente, se aprobaron los siguientes artículos nuevos: “De la identificación única del talento humano en salud”, radicado por el H.R. Víctor Manuel Salcedo del Partido de la U; “Observatorio de Talento Humano en Salud” de los HH.RR. Gerardo Yepes, el H. Senador Efraín Cepeda del Partido Conservador, los HH.RR. Camilo Ávila y Víctor Salcedo del Partido de la U, entre otros; “Cumplimiento de normatividad vigente” y “Comité Ejecutivo” radicados por la H.R. Martha Alfonso; “Derechos y estímulos de los servidores públicos” radicado por los HH.RR. Alfredo Mondragón, Germán Gómez, María Fernanda Carrascal; “Prevalencia de los cuidadores o asistentes personales no remunerados para la prestación de servicios personales domiciliarios a personas en condición de discapacidad, a cargo de instituciones prestadoras de salud o quien haga sus veces” y un artículo para que las IPS establezcan mecanismos de información y rutas para las personas con discapacidad y cuidadores, los dos radicados por la H.R. Irma Luz Herrera y la H. Senadora Ana Paola Agudelo del Partido MIRA; “Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)” radicado por el H.R. Germán Rogelio Roza Anís del Partido Liberal; “Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades” y “Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física” los dos radicados por el H. R. Juan Camilo Londoño Barrera del Partido Verde.

En el transcurso del debate fueron eliminados los artículos 36, 59, 70, 71, 72, 74, 79, 80, 81 y 131.

Durante el debate se acogieron numerosas sugerencias y proposiciones tanto de los partidos de gobierno como de partidos de oposición e independientes, con el fin de mejorar la propuesta de ley y que se diera en el marco del mayor nivel de consenso y pluralidad.

A continuación se relacionan las proposiciones que no fueron acogidas por alejarse de la voluntad del legislador, señaladas las proposiciones eliminatorias con una (E), sustitutivas con una (S), modificatorias con una (M).

Igualmente se relacionan las proposiciones que fueron dejadas como constancia durante el debate señaladas con una (C).

- **Tabla de proposiciones no acogidas en primer debate**

ARTICULADO	PROPOSICIONES NO ACOGIDAS
Artículo 1. Objeto	HR Catherine Juvinao Clavijo (S)
	HR Juan Felipe Corzo Álvarez (S)
	HR Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla (M)
	HS Efraín Cepeda, HR Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (M)
	HR Andrés Eduardo Forero (E)
Artículo 2. Aseguramiento social en salud	HR Catherine Juvinao Clavijo (S)
	HR Juan Felipe Corzo Álvarez (S)
	HR Efraín Cepeda, Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (M)
	HR Germán Rozo (M)
	HR Andrés Eduardo Forero (E)
Artículo 3. Fines de la intervención del Estado	HR Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Alexander Quevedo (M)
	HR Catherine Juvinao Clavijo (E)

	HR Andrés Eduardo Forero (E)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
Artículo 4. Definición del modelo de salud	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Germán Rozo (M)
	Juan Felipe Corzo (M)
Artículo 5. Ejes centrales del modelo de salud	H.R Catherine Juvinao (E)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 6. Atención primaria en salud (APS)	H.R Catherine Juvinao (S)
	H.R Víctor Salcedo y otros (M)
	HR Juan Felipe Corzo Álvarez (M)
	HR Ana Paola Agudelo García (C)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 7. Identificación de determinantes sociales de la salud	HR German Rozo (M)
	HS Efraín Cepeda, HR Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila (M)
	HR Karen Juliana López (M)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
Artículo 8. Territorio para la gestión en salud	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
Artículo 9. Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS	HR Catherine Juvinao (S)
	HR Germán Rozo (M)
	HS Efraín Cepeda, HR Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (M)
	HR Carolina Giraldo, Duvalier Sánchez (M)
	HR Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla (M)

	HR Erika Sánchez (M)
	HR Carolina Giraldo Botero, Duvalier Sánchez (M)
	HR Juan Felipe Corzo Álvarez (M)
	HR Juan Camilo Londoño (M)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
Artículo 10. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS	HR Víctor Salcedo (M)
	HR Ana Carolina Espitia (M)
	HR Gerardo Yepes, Alexander Quevedo (M)
	HR Efraín Cepeda, Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (M)
	HR Carolina Giraldo Botero, Duvalier Sánchez (M)
	HR Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla (M)
	HR Héctor Chaparro (M)
	HR Jaime Raúl Salamanca (M)
	HR Jaime Raúl Salamanca (M)
	HR Catherine Juvinao (E)
	HR Víctor Salcedo, Camilo Ávila (C)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
	Artículo 11. Equipos de salud territorial
HR Jaime Raúl Salamanca (C)	
Artículo 12: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud-RIISS	HR Catherine Juvinao (S)
	HR Alexander Quevedo, Gerardo Yepes (M)
	HS Efraín Cepeda, Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (M)
	HR Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla (M)

	HR Gerardo Yepes, Alexander Quevedo (M)
	HR Héctor Chaparro (M)
	HR Héctor Chaparro (E)
	H.R. Alfredo Mondragón (C)
	HR Víctor Salcedo, Camilo Ávila (C)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
Artículo 13: Criterios determinantes de las redes integrales e integradas de servicios de salud – RIISS	HR Ana Carolina Espitia (M)
	HR Gerardo Yepes, Alexander Quevedo (M)
	HS Efraín Cepeda, HR Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (M)
	HR Juan Felipe Corzo Álvarez (M)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
Artículo 14: Organización y conformación de las Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud – RIISS	HS Efraín Cepeda, HR Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (M)
	HR Carolina Giraldo, Duvalier Sánchez (M)
	HR Alexander Quevedo, Gerardo Yepes (M)
	HR Juan Felipe Corzo Álvarez (M)
	HR Catherine Juvinao (E)
	HR Jaime Raul Salamanca (C)
Artículo 15. Fortalecimiento del nivel primario de atención	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Andres Forero (E)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 16. Acceso y continuidad de la atención en el nivel complementario	H.R Catherine Juvinao (E)
	HS Efraín Cepeda, HR Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (E)

	HR Jaime Raul Salamanca (C)
	HR Andres Forero (E)
Artículo 17. Apoyo al interior de las redes	H.R Catherine Juvinao (E)
	HS Efrain Cepeda, HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (E)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 18. Sistema de referencia y contrarreferencia	H.R. Carolina Giraldo, Duvalier Sánchez (M)
	H.R. Erika Sanchez (M)
Artículo 19. Servicios y tecnologías de salud	H.R Catherine Juvinao (E)
Artículo 20. Servicios farmacéuticos	HR Victor Salcedo
	HR Gerardo Yepes, Alexander Quevedo (M)
	HR Efrain Cepeda, Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
	HR Carolina Giraldo, Duvalier Sanchez (M)
	HR Hector chaparro (M)
	HR Hector chaparro (M)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 21. Servicio único de atención prehospitalaria	HR Efrain Cepeda, Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención	HR Gerardo Yepes, Alexander Quevedo (M)
	H.R Camilo Ávila y otros (M)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Andres Forero (E)
	H.R. German Gomez (C)
Artículo 23. Laboratorios de salud pública	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Andres Forero (E)
	HR Víctor Manuel Salcedo (M)

Artículo 24. Coordinación regional de las Redes	H.R Catherine Juvinao (E)
	HS Efrain Cepeda, HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (E)
	HR Juan Felipe Corzo (M)
	HR Hector Chaparro
	HR Alfredo Mondragón, Germán Gómez, Juan Carlos Vargas, Martha Alfonso (C)
	H.R Alexandra Vásquez (C)
Artículo 25. Coordinación departamental o distrital de las Redes	HR Victor Salcedo (M)
	HS Efrain Cepeda, HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Juan Felipe Corzo (M)
	HR Hector Chaparro (E)
	HR Alfredo Mondragón, Germán Gómez, Juan Carlos Vargas, Martha Alfonso (C)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
	H.R Alexandra Vásquez (C)
Artículo 26. Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS	Camilo Avila, Gerardo Yepes, Alexander Quevedo (E)
	H.R. Catherine Juvinao (E)
	Juan Carlos Vargas (C)
	Alexandra Vasquez (C)
Artículo 27. Sistema de monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud	HR Víctor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
Artículo 28. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud	HR Efrain Cepeda, Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
	HR Juan Felipe Corzo (M)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)

Artículo 29. Comisión intersectorial nacional de determinantes sociales de salud y salud pública	HR German Rozo (M)
	HS Efrain Cepeda, HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
	HR Alejandro García (C)
	HR Jaime Raul Salamanca (C)
Artículo 31. Consejo nacional de salud	HR Catherine Juvinao Clavijo (S)
	HR Efrain Cepeda, Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
	H.R Olga lucia Vásquez (M)
	HR Armando Zabarain. Silvio Carrasquilla (M)
	HR Elizabeth Jay-Pang Diaz (M)
	HR Elizabeth Jay-Pang Diaz (M)
	HS Carolina Espitia (M)
	HR Alejandro Garcia (M)
	HR Andres Forero (E)
	HR Alexandra Vasquez (C)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
Artículo 32. Funciones del consejo nacional de salud	HR Efrain Cepeda, Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
Artículo 33. Consejos Territoriales de salud	HR Catherine Juvinao (S)
	HR Efrain Cepeda, Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
	H.R German Gomez (C)
	HR Erika Sanchez (M)

Artículo 34. Instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas en la prestación de servicios	HR Andres Forero (E)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
	HS Ana Paola Agudelo Garcia (C)
Artículo 35. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).	HR Carolina Giraldo, Duvalier Sanchez (M)
	HR Juan Felipe Corzo (M)
	HR Germán Rozo (M)
	HR Andres Forero (E)
	HR Hector Chaparro (M)
	HR Andres Eduardo Forero (E)
Artículo 37. Objeto, naturaleza y régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE	HR Efrain Cepeda, Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
	HR Camilo Avila, Alexander Quevedo, Gerardo Yepes (M)
	HR Germán Rozo (M)
	HR Andres Forero (E)
	HR Alexandra Vásquez (C)
Artículo 38. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado - ISE	HR Efrain Cepeda, Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Juan Peñuela (M)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
Artículo 39. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE	HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila (M)
	HR Hugo Danilo Lozano (M)
	HR Jennifer Pedraza (M)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
	HR Carolina Giraldo, Duvalier Sanchez (M)

Artículo 40. Giro de los recursos a las ISE	HR Erika Sanchez (M)
	HR Hugo Danilo Lozano (M)
Artículo 41. Régimen de contratación de las ISE	HR Erika Sanchez (M)
	HR Juan Felipe Corzo (M)
	HR Alexandra Vasquez (C)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
Artículo 42. Órganos de dirección y administración de las ISE	HR Germán Rozo (M)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
Artículo 43. Provisión del empleo de director	HR Alejandro García (C)
	HR Alexandra Vasquez (C)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
Artículo 44. Aprobación y evaluación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado - ISE del orden territorial	HR Alexandra Vasquez (C)
Artículo 45. Régimen laboral de las ISE	HR Ana Carolina Espitia (M)
	HR Andres Forero (E)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Maria Fernanda Carrascal (C)
Artículo 46. Derechos de permanencia de los servidores	HR Ana Carolina Espitia (M)
	HR Andres Forero (E)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Maria Fernanda Carrascal (C)
Artículo 47. Entidad de Salud del Estado Itinerante	HR Germán Rozo (M)
	HS Ana Carolina Espitia (M)
	HR Andres Forero (E)

	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
Artículo 48. Plan nacional de equipamiento en salud	HR Efraín Cepeda, Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Ávila, Juan Peñuela (M)
	Erika Sánchez (M)
Artículo 49. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)	HR Katherine Miranda (M)
	HR Gerardo Yepes, Juan Peñuela, Ángela Vergara, Víctor Salcedo, Juan Willis, Camilo Ávila; HS Efraín Cepeda y otros (M)
	HR Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otros (M)
	HR Erika Sánchez (M)
	HR Camilo Ávila, Gerardo Yepes, Alexander Quevedo (M)
	HR Alexander Quevedo, Gerardo Yepes, Camilo Ávila y otro (M)
	HR Juan Felipe Corzo (M)
	HR Erika Sánchez (M)
	HR Hugo Danilo Lozano (M)
	HR Hector Chaparro (M)
	HR Hector Chaparro, Archila, Rozo (M)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
	HR Alfredo Mondragón, Martha Alfonso, German Gomez (C)
Artículo 50. Naturaleza y funciones de las Gestoras de salud y vida	HR Víctor Salcedo, Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, HS Efraín Cepeda (M)
	HR Víctor Salcedo, Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, HS Efraín Cepeda (M)
	HR Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otro (M)
	HR Erika Sánchez (M)
	Camilo Ávila, Gerardo Yepes, Alexander Quevedo (M)

	Juan Felipe Corzo (M)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Hugo Archila, Germán Rozo, Hector Chaparro (M)
Artículo 51. Transitorio	H.R Juan Felipe Corzo (M)
Artículo 52. Gobierno corporativo y rendición de cuentas	H.R Juan Felipe Corzo (E)
Artículo 53. Inspección, vigilancia y control para las Gestoras de salud y vida	H.R Alexander Quevedo, Camilo Avila, Victor Salcedo, Gerardo Yepes (M)
	H.R Juan Felipe Corzo (E)
	HR Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla y otro (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Juan Carlos Vargas Soler (C)
Artículo 54. Gastos administrativos de las Gestoras de Salud y Vida	HR Gerardo Yepes, Juan Peñuela, Armando Zabarain, Ángela Vergara, Víctor Salcedo, Juan Wills, Camilo Ávila; HS Efraín Cepeda y otros (M)
	H.R Héctor Chaparro (M)
	HR Hugo Danilo Lozano (M)
	HS Ana Carolina Espitia (M)
	H.R Juan Felipe Corzo (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Hector Chaparro (M)
	HR Alexandra Vasquez (C)
	HR Alfredo Mondragón, Martha Alfonso, Germán Gómez (C)
	Artículo 55. Atención de los pacientes con patologías crónicas
H.R Gerardo Yepes y Alexander Quevedo, Camilo Ávila (M)	
H.R Catherine Juvinao (E)	
Artículo 56. Definición	H.R Catherine Juvinao (E)

Artículo 57. Cotizaciones y aportes	H.R Camilo Ávila, Victor Salcedo, Gerardo Yepes y Alexander Quevedo (M)
	H.R Catherine Juvinao (E)
Artículo 58. Obligatoriedad del pago de cotizaciones y contribuciones	H.R Catherine Juvinao (E)
Artículo 60. Funciones de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud	H.R Carolina Giraldo y otros (M)
	H.S Carlos Guevara, Manuel Virgüez, Paola Agudelo, HR Martha Alfonso, Irma Herrera (M)
	H.R Erika Sánchez (M)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 61. Cuenta de recaudo de cotizaciones y aportes	H.R Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla y otros (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Alexander Quevedo (E)
Artículo 62. Fondo Único Público de Salud	H.R Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla y otros (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Gerardo Yepes, Víctor Salcedo, Camilo Avila, Alexander Quevedo (E)
Artículo 63. Cuenta de atención primaria integral en salud	H.R Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla y otros (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Alexander Quevedo (E)
	H.R Martha Alfonso (C)
	H.R German Gómez (C)
Artículo 64. Cuenta de fortalecimiento de la Red pública hospitalaria	H.R Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla y otros (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)

	HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Alexander Quevedo (E)
	HR Martha Alfonso (C)
Artículo 65. Manejo y destinaciones de los demás recursos del fondo público único de salud	H.R Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla y otros (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Alexander Quevedo (E)
Artículo 66. Recursos del sistema de salud que le corresponde administrar a la entidad administradora de los recursos del sistema de salud	H.R Catherine Juvinao (E)
Artículo 67. Destinación de los recursos administrados por la ADRES	H.R Camilo Ávila, Victor Salcedo, Gerardo Yepes y Alexander Quevedo (M)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	H.R Martha Alfonso (C)
	H.R German Gómez (C)
	H.R German Gómez (C)
Artículo 68. Reserva técnica del Estado para garantizar el giro directo	HR Andres Forero (E)
Artículo 69. Servicios sociales complementarios en salud	HR Juan Felipe Corzo (C)
Artículo 73. Nivel Regional	H.R Gerardo Yepes y otros (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
Artículo 75. Autorización de pago de servicios	H.R Camilo Ávila, Salcedo, Yepes y Quevedo (M)
	H.R Wilmer Castellanos (M)
	H.R Erika Sánchez (M)
	H.R Erika Sánchez (M)

	H.R Camilo Ávila y otros (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	H.R. Hector Chaparro (M)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
	HR Jaime Raul Salamanca (C)
	H.S. Ana Paola Agudelo, H.R Martha Alfonso, Carlos Guevara, Irma Luz Herrera y Manuel Antonio Virgúez (C)
Artículo 76. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud	H.R Camilo Ávila y otros (M)
	H.R María Eugenia Lopera (M)
	H.R Erika Sánchez (E)
	HR. Armando Zabarain, Silvio Carrasquilla (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	H.R. Alfredo Mondragón, Martha Alfonso, Juan Camilo Londoño, Víctor Salcedo, Juan Carlos Vargas, Germán Gómez y Karen López (C)
	H.R María Eugenia Lopera (C)
Artículo 77. Prestaciones económicas	H.R Catherine Juvinao (E)
Artículo 78. Recursos de las entidades territoriales	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Gerardo Yepes, Victor Salcedo, Camilo Avila, Alexander Quevedo (E)
Artículo 82. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital	H.S Efraín Cepeda, Gerardo Yepes, Juan Peñuela y otros (E)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	HR Camilo Ávila, Víctor Salcedo (E)
	HR Alfredo Mondragón, Martha Alfonso, Juan Carlos Vargas, Germán Gómez, María Fernanda Carrascal (C)
Artículo 83. Carácter de los informes de las instancias y órganos del sistema de Salud	H.R Camilo Ávila, Efraín Cepeda, Víctor Salcedo y otros (M)
	H.R Catherine Juvinao (E)

	H.R Martha Alfonso (C)
Artículo 84. Acreencias de las EPS	HS Ana Carolina Espitia (M)
	H.R Catherine Juvinao (E)
	H.R Alexandra Vásques (C)
	H.R Alexandra Vásques (C)
	H.R Alexandra Vásques (C)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
	HR German Gomez (C)
Artículo 85. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud	H.R Víctor Salcedo, Efrain Cepeda y otros (M)
	H.R Catherine Juvinao (M)
	H.R Juan Felipe Corzo (M)
	H.S Ana Carolina Espitia (M)
	HR Andres Forero (E)
	H.R Jaime Raúl Salamanca (C)
	HS Ana Paola Agudelo (C)
Artículo 86. Características del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud	H.R Katherine Miranda (M)
	H.R Víctor Salcedo y otros (M)
	H.R Jaime Raúl Salamanca (C)
Artículo 87. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud	H.R Catherine Juvinao (M)
	H.R Camilo Ávila y otros (M)
Artículo 89. Tecnología de información y comunicaciones al servicio de la atención en salud	HR Andres Forero (E)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
	H.R Alexandra Vásques (C)

Artículo 90. Desarrollo del sistema público unificado e interoperable de información en salud	HR Juan Peñuela, Efraín Cepeda, Gerardo Yepes y otros (M)
Artículo 92. Ámbitos de la participación ciudadana y social	H.S. Efraín Cepeda. H.R. Víctor Salcedo, Juan Peñuela, Camilo Ávila, Gerardo Yepes (M)
	H.R. Elizabeth Jay-Pang Díaz (M)
	H.R. Juan Carlos Vargas (C)
	HR Germán Gómez (C)
Artículo 93. Superintendencia nacional de salud	H.S. Ana Carolina Espitia Jerez (M)
Artículo 94. Inspección, vigilancia y control	H.R. Wilmer Castellanos (M)
	H.R. Camilo Ávila (M)
Artículo 96. Ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la superintendencia nacional de Salud	HR Andres Forero (E)
	H.R. Juan Carlos Vargas (C)
	HR Germán Gomez (C)
Artículo 98. Objetivos de la superintendencia nacional de salud	HR Camilo Ávila (M)
	HR Andres Forero (E)
	H.R. Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 99. Funciones y facultades de la superintendencia nacional de salud	HR Camilo Ávila (M)
	HR Andres Forero (E)
	H.R. Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 100. Función jurisdiccional de la superintendencia nacional de salud	HR Andres Forero (E)
	H.R. Camilo Ávila (E)
	H.R. Carolina Giraldo, Duvalier Sánchez (C)
	H.R. Carolina Giraldo, Duvalier Sánchez (C)

Artículo 104. Política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud	H.R Martha Alfonso (C)
Artículo 105. Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud	H.R Víctor Salcedo (M)
	H.R. Héctor Chaparro (M)
	H.R. Ana Carolina Espitia (M)
	H.R. Víctor Manuel Salcedo, Camilo Ávila (M)
	H.R Martha Alfonso (C)
Artículo 106. Gestión de las tecnologías aplicables en salud	H.R. Érika Sánchez (M)
	HR Hector Chaparro (E)
Artículo 107. Regulación de precios de medicamentos	H.R. Héctor Chaparro (M)
	H.R. Héctor Chaparro (M)
	H.R. Víctor Manuel Salcedo y Camilo Ávila (M)
	HR Hector Chaparro (M)
Artículo 109. Vacunas producidas por entidades públicas	HR Erika Sanchez (M)
	HR Hector chaparro, Hugo Archila y German Rozo (M)
	HR Hector Chaparro (M)
	HR Hector Chaparro, Hugo Archila y Germán Rozo (M)
	HR Camilo Avila (C)
Artículo 110: Eliminación de trámites ante el INVIMA	HR Gloria Arzabaleta (M)
	HR Hector Chaparro (M)
Artículo 111. Condonación de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA	HR Andres Forero (E)
	HR Andres Forero (E)
	HR Andres Forero (E)
Artículo 112. Política de formación	HR Andres Forero (E)
	HR German Gomez (C)

Artículo 113. Examen nacional y único de admisión a las especialidades médicas	H.R Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 114. Becas de matrícula para formación posgradual de profesionales de salud en áreas médico-quirúrgicas y de salud pública	HS Efrain Cepeda, Juan Peñuela y otros (M)
Artículo 115. Prelación a las Instituciones de Educación Superior públicas para la asignación de cupos por parte de los hospitales públicos	HR Andres Forero (E)
Artículo 116. Régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud	HR Hugo Danilo Lozano (M)
	HR. Andres Forero (E)
	HR Maria Fernanda Carrascal (C)
	H.R. Germán Gomez (C)
Artículo 117. Vinculación de los trabajadores del sector salud especialistas	HR Andres Forero (E)
Artículo 118. Trabajadores de las Instituciones privadas y mixtas del sector salud	HR Andres Forero (E)
	HR Alfredo Mondragón (C)
Artículo 119. Garantías para el suministro de los medios de labor.	HR Karen Astrith Manrique Olarte (C)
Artículo 121. Servicio social obligatorio (SSO) y médicos residentes.	HR Olga Lucia Velasquez (M)
	HR Andres Forero (E)
	H.R Juan Carlos Vargas (C)
Artículo 122. Autonomía profesional	HR Katherine Miranda (E)
Artículo 123. Acto médico	HR Andres Forero (S)
	H.R. Alfredo Mondragon, Camilo Ávila, Victor Salcedo, otros (M)
Artículo 124. Autorregulación médica	HS Efrain Cepeda y otros (E)
	HR Erika Sanchez (E)
Artículo 125. Comité de autorregulación médica	HR Alexander Quevedo, Gerardo Yepes, Camilo Ávila y otros (M)

	HR Gerardo Yepes, Efraín Cepeda y otros (E)
	HR Erika Sánchez (E)
	HR Jaime Raúl Salamanca (C)
Artículo 129. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al marco fiscal de mediano plazo	H.R. Ana Carolina Espitia Jerez (S)
	HR Andrés Forero (E)
Artículo 130. Regímenes exceptuados y especiales	HR Andrés Forero (E)
Artículo 132. Consulta y consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas	H.R. Ana Carolina Espitia Jerez (M)
Artículo 133. Consulta y consentimiento libre, previo e informado de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del pueblo Rom	H.R. Ana Carolina Espitia Jerez (M)
	H.R. Erika Sánchez (E)
Artículo 134. Plan nacional de salud rural	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
	HR Germán Gómez (C)
	HR Martha Lisbeth Alfonso Jurado (C)
Artículo 135. Régimen de transición y evolución hacia el sistema de salud	H.R. Camilo Ávila, Alexander Quevedo y Víctor Salcedo (M)
	H.R. Alexander Quevedo, Gerardo Yepes y otros (M)
	H.R. Jennifer Pedraza (M)
	HR Catherine Juvinao (E)
Artículo 136. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición	HR Catherine Juvinao (E)
Artículo 137. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado - ISE	HR Catherine Juvinao (E)
	HR Alfredo Mondragón (C)
	HR María Fernanda Carrascal (C)

Artículo 138. Facultades extraordinarias	HR Juan Felipe Corzo (C)
	HR Camilo Avila, Victor Salcedo (C)
	HR Victor Salcedo y Camilo Ávila (EC)
	HR Juan Felipe Corzo (C)
	HR Camilo Ávila, Gerardo Yepes, Victor Salcedo y otros (C)
Artículo 139. Vigencias	H.R. Katherine Miranda (M)
	HR Camilo Ávila, Victor Salcedo, Armando Zabaraín, Juan Peñuela, Angela Guevara, Juan Carlos Wills, Gerardo Yepes, HS Efraín Cepeda (M)
Artículo nuevo: Sistema mixto de aseguramiento	H.R. Katherine Miranda
Artículo nuevo: Implementación del Cálculo de la UPC componente fijo y variable	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros
Artículo nuevo: Territorialización del Aseguramiento Social en Salud	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Plan Único de Beneficios en Salud	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo. Se pasó para le artículo en el numeral 2 antes de la proposición del artículo 103	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Necesidades estratégicas del talento humano en salud	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Resolución administrativa de las necesidades de los usuarios del Sistema de Salud	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Recursos para la administración y funciones de las Gestoras de Salud y Vida	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.

Artículo nuevo: Uso de los recursos de la UPC por parte de las Gestoras de Salud y Vida	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Sistemas de información de las Gestoras de Salud y Vida	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Sistema de Salud	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Cálculo del componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Limitación de la Integración Vertical	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Control en la Gestión Integral de Riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación para los gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Cálculo del componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Políticas de Estado para la soberanía y seguridad	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Definición de Gestoras de Salud y Vida	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Definiciones	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Subsistemas del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS)	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Gestión Integral del Riesgo en Salud.	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.

Artículo nuevo: Limitaciones a la integración vertical	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Unidad de Pago por Capitación (UPC)	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Modelo Diferencial en Salud	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Condiciones para la Habilitación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS)	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Elementos esenciales del Sistema de Unificado e Interoperable de Información en Salud	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Seguimiento a la Gestión de las Gestoras de Salud y Vida	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Incentivos para las Gestoras de Salud y Vida por los resultados obtenidos	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Modelo mixto de Aseguramiento Social en Salud	H.S. Efraín Cepeda H.R. Juan Peñuela, Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y otros.
Artículo nuevo: Permanencia de las EPS	H.R. Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y Alexander Quevedo
Artículo nuevo: Libre elección de los usuarios del Sistema de Salud	H.R. Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y Alexander Quevedo
Artículo nuevo: Suficiencia patrimonial de las Entidades Gestoras de Salud y Vida	H.R. Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y Alexander Quevedo
Artículo nuevo: Sobre los excedentes y suficiencia del componente fijo de la UPC	H.R. Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y Alexander Quevedo
Artículo nuevo: Meritocracia para los cargos en salud	H.R. Gerardo Yepes, Camilo Ávila, Víctor Salcedo, Armando Zabaraín y Alexander Quevedo
Artículo nuevo: Atención en Salud Mental para el Sector Carcelario y Penitenciario en Colombia	H.R. Olga Lucía Velásquez Nieto
Artículo nuevo: Talento Humano para la Salud Mental	H.R. Olga Lucía Velásquez Nieto

Artículo nuevo: Atención en salud mental para el sector carcelario y penitenciario en Colombia	H.R. Olga Lucía Velásquez Nieto
Artículo nuevo: Observatorio Nacional y territorial en salud mental	H.R. Olga Lucía Velásquez Nieto
Artículo nuevo: En el Sistema Único de Aseguramiento en Salud....	H.R. Martha Alfonso
Artículo nuevo: Espacios modales interculturales	H.R. Germán Gómez
Artículo nuevo: Observatorio Nacional de Salud Rural	H.R. Germán Gómez
Artículo nuevo: Servicios de mediana y alta complejidad	H.R. Germán Gómez
Artículo nuevo: Defensoría del paciente	H.R. Duvalier Sánchez y Carolina Giraldo
Artículo nuevo: Telexperticia y Telemedicina	H.R. Duvalier Sánchez y Carolina Giraldo
Artículo nuevo: Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física	H.R. Juan Camilo Londoño Barrera
Artículo nuevo: Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades	H.R. Juan Camilo Londoño Barrera
Artículo nuevo. Mecanismo de pago por desempeño para las Entidades Promotoras de Salud	H.R. Catherine Juvinao
en salud para áreas dispersas y vulnerables	H.R. Catherine Juvinao
Artículo nuevo. Plan Decenal para la Salud Pública	H.R. Catherine Juvinao
Artículo nuevo. Unidad de Pago de Capitación	H.R. Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otro
Artículo nuevo. Unidad de Pago por Capitación	H.R. Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otro
Artículo nuevo. Componente de la Unidad de Pago de Capitación	H.R. Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otro
Artículo nuevo. Cálculo del incentivo o castigo de las GESAVI	H.R. Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otro

Artículo nuevo. Desviación de costos en salud	H.R. Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otro
Artículo nuevo. Implementación del Cálculo de la UPC	H.R. Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otro
Artículo nuevo. Plan Único de Beneficios en Salud	H.R. Armando Zabaraín, Silvio Carrasquilla y otro
Artículo nuevo. Desviación de costos en salud	H.R. Camilo Ávila, Alexander Quevedo, Víctor Salcedo y Gerardo Yepes
Artículo nuevo. Unidad de Pago por Capitación	H.R. Camilo Ávila, Alexander Quevedo, Víctor Salcedo y Gerardo Yepes
Artículo nuevo. Control en la Gestión Integral de Riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida	H.R. Camilo Ávila, Alexander Quevedo, Víctor Salcedo y Gerardo Yepes
Artículo nuevo. Libre elección	H.R. Camilo Ávila, Alexander Quevedo, Víctor Salcedo y Gerardo Yepes
Artículo nuevo. Sobre los excedentes y suficiencia de la UPC	H.R. Camilo Ávila, Alexander Quevedo, Víctor Salcedo y Gerardo Yepes
Artículo nuevo. Defensoría del paciente Artículo nuevo. Los miembros que integran la Comisión Revisora...	H.R. Duvalier Sánchez y Carolina Giraldo
Artículo nuevo. Los miembros que integran la Comisión Revisora...	H.R. Víctor Manuel Salcedo Guerrero
Artículo nuevo. Sanciones	H.R. Víctor Manuel Salcedo Guerrero
Artículo nuevo. Garantía en la prestación de servicios en zonas dispersas y de baja densidad poblacional	H.R. Hugo Danilo Lozano Pimiento
Artículo nuevo. Aseguramiento en salud.	H.R. Hugo Danilo Lozano Pimiento
Artículo nuevo. El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio... Aplicativo SPUIS	H.R. Martha Alfonso, Ana Agudelo, Carlos Edo Guevara, Irma Herrera y otro
Artículo nuevo. PAI	H.R. Érika Sánchez
Artículo nuevo. Giro Directo de la Unidad de Pagos de Capitación	H.R. Érika Sánchez
Artículo nuevo. Limitación de la integración vertical	H.R. Érika Sánchez

Artículo nuevo. Sistema de Salud	H.R. Juan Felipe Corzo Álvarez
Artículo nuevo. Libre escogencia	H.R. Juan Felipe Corzo Álvarez
Artículo nuevo. Contratación de las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud	H.R. Juan Felipe Corzo Álvarez
Artículo nuevo. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud - CONSTANCIA	H.R. Irma Luz Herrera
Artículo nuevo. La Administradora de Recursos de Salud – ADRES....	H.R. Jennifer Pedraza (M)
Artículo nuevo. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades del espectro autista y su diagnóstico oportuno	H.R. Hugo Alfonso Archila Suárez
Artículo nuevo. Racionalización de trámites ante el INVIMA	H.R. Víctor Manuel Salcedo Guerrero
Artículo nuevo. PAI	H.R. Víctor Manuel Salcedo Guerrero
Artículo nuevo. Territorialización del aseguramiento Social en Salud	H.R. Germán Rogelio Rozo
Artículo nuevo. Libre elección de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud	H.R. Germán Rogelio Rozo
Artículo nuevo. Modelo Diferencial de Salud	H.R. Germán Rogelio Rozo
Artículo nuevo. Plan de Beneficios en Salud	H.R. Víctor Manuel Salcedo Guerrero
Artículo nuevo. Acuerdos de Voluntades	H.R. Víctor Manuel Salcedo Guerrero
Acuerdo nuevo. Coordinación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud	H.R. Gerardo Yepes y Alexander Quevedo
Artículo nuevo. Monitoreo y evaluación de la estructura para la Gestión Integral del Riesgo en Salud	H.R. Gerardo Yepes y Alexander Quevedo
Artículo nuevo. Fortalecimiento del INVIMA	H.R. Gerardo Yepes y Alexander Quevedo

4. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO DE LEY

a. Constitución Política de Colombia y jurisprudencia constitucional.

Colombia es un Estado Social de Derecho, cuya meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido "(...) la creación de condiciones razonables de vida (...)"¹, lo cual guarda entera armonía con el hecho de que la Constitución Política establece principios como la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general. Así, a través de los años la actividad judicial y, en especial la de la Corte Constitucional, ha acudido a esos principios para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna.

En esa línea, la Corte Constitucional se ha referido al derecho a la salud como un derecho fundamental atípico, pues si bien se ubica en el acápite de los derechos sociales, su naturaleza se nutre de principios como el de solidaridad² y dignidad humana³, así también del derecho fundamental a la vida, como bien lo estableció en alto tribunal en la Sentencia T-760 de 2008⁴ y en un número importante de casos, los cuales abarcan desde medidas relevantes en materia de política pública de salud y llegan a atender casos concretos en favor de sujetos de especial protección que reclaman beneficios enlistados dentro de las garantías establecidas en el sistema de salud, como los medicamentos cubiertos por el POS (UPC).

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

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

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

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

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

En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud. Por lo que respecta al desarrollo jurisprudencial de la Corte sobre el derecho a la salud, se recordó que inicialmente se le estimaba como fundamental en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales. Igualmente se mencionó el cambio jurisprudencial en la definición y conceptualización del derecho fundamental, en particular, el peso de la dignidad humana en la calificación de un derecho como fundamental.

La Corporación reiteró la importancia de los diversos elementos que caracterizan a un derecho como fundamental y en particular la transmutación del derecho en una garantía subjetiva en razón del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y la importancia de la existencia de consensos, en torno al carácter fundamental del derecho.

La Sala, destacó los propósitos de la Ley Estatutaria, en particular, se hizo alusión a la exposición de motivos, enfatizándose en la relevancia de la Observación 14 como guía interpretativa y en la idea de una cobertura de beneficios que tuviese como límite lo excluido por la Ley.

De ahí que la Corte Constitucional afirma, dentro de la misma decisión, que "(...) es de esperarse que, en la legislación ordinaria y su reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad".

Por otro lado, la Corte recalcó que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores mismos del sistema de salud, siendo competencia del Ministerio de Salud presentar la propuesta de reforma que permita resolver los problemas al: (i) Manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) la

prevención y atención de la enfermedad; (iii) la rectoría del sistema de salud en cabeza del Estado -como modelo de salud de aseguramiento público-; (iv) el acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) el saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) la regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; y (vii) la inspección, vigilancia y control.

Estos contenidos de la Constitución Política y la Ley guardan entera armonía con los principios y mandatos que forman parte del denominado bloque de constitucionalidad y que aluden a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación general N.º 14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.º 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, se ha acudido a las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así como a la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación General 6.

b. Legal

La Ley 1751 de 2015, es el resultado de constantes debates y propuestas presentadas por la sociedad civil y el Estado, dentro de las cuales se destacan las de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por la Reforma Estructural al Sistema de

Salud, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas de la Salud, la Secretaría Distrital de salud de la ciudad de Bogotá, los Congresistas de diversos sectores políticos y el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

Para garantizar este marco normativo se debe ajustar el diseño institucional establecido en la Ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. De esta manera, el proyecto propuesto propende por mantener una relación con cada artículo de la Ley Estatutaria y los principios y valores de rango superior, de manera que el engranaje normativo aplicable se fortalezca y su aplicación sea una realidad, lo cual se reflejará en una mejora significativa en la calidad de vida de quienes habitan el territorio nacional.

5. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO GENERAL

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

I. DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

A. Constitución Política de Colombia y jurisprudencia constitucional

Colombia es un Estado Social de Derecho, cuya meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido “(...) *la creación de condiciones razonables de vida (...)*”⁵, de allí que se estableciera como principios fundamentales de la Constitución Política la dignidad humana, la solidaridad y el interés general. A través de los años la ciudadanía y la Corte Constitucional los han citado como principios fundamentales para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna. En especial, respecto al derecho fundamental a la salud, reconocido por la Corte Constitucional como un derecho fundamental atípico.

En diversas ocasiones la Corte Constitucional ha reconocido que el derecho a la salud es un derecho fundamental atípico, porque si bien se encuentra dentro de los derechos sociales de la Carta Magna, su naturaleza se compone de dos principios “solidaridad⁶ y dignidad humana⁷”, como también del derecho fundamental a la vida, como se estableció en la Sentencia T-760 de 2008⁸, como en otros casos se ha establecido

⁵ Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 “*Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia*”
Título: *Derechos sociales*

⁶ Sentencia C-313 de 2014: “(...) *El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. (...)*”

⁷ Sentencia C-313 de 2014: “(...) *Una síntesis de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión “dignidad humana” como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo “dignidad humana”, la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)” (Sentencia T-881 de 2002 M.P. Montealegre Lynett)*

⁸ “[...] El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios

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

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

“En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud. Por lo que respecta al desarrollo jurisprudencial de la Corte sobre el derecho a la salud, se recordó que inicialmente se le estimaba como fundamental en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales. Igualmente se mencionó el cambio jurisprudencial en la definición y conceptualización del derecho fundamental, en particular, el peso de la dignidad humana en la calificación de un derecho como fundamental.

La Corporación reiteró la importancia de los diversos elementos que caracterizan a un derecho como fundamental y en particular la transmutación del derecho en una garantía subjetiva en razón del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y la importancia de la existencia de consensos, en tomo al carácter fundamental del derecho.

La Sala, destacó los propósitos de la Ley Estatutaria, en particular, se hizo alusión a la exposición de motivos, enfatizándose en la relevancia de la Observación 14 como guía interpretativa y en la idea de una cobertura de beneficios que tuviese como límite lo excluido por la Ley.”

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

contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna [...]”

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

En conjunción con la Constitución Política y la Ley Estatutaria de Salud, están los principios y mandatos que hacen bloque de constitucionalidad y que aluden a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación general N.º 14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.º 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, se ha tomado, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así mismo, también la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación general 6.

B. Ley Estatutaria 1751 de 2015

La Ley 1751 de 2015 fue fruto de debates constantes, propuestas presentadas por la sociedad civil y el Estado, dentro de las cuales se destacan las de la ANSA, la

Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas de la Salud, la Secretaría Distrital de salud de la ciudad de Bogotá, los congresistas de diversos sectores políticos y el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

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

II. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

A pesar de que las coberturas de aseguramiento en Colombia se ubican por encima del 95%⁹ el país continua enfrentando el desafío de superar las graves y sistemáticas violaciones del derecho fundamental a la salud, evidenciadas entre otras fuentes, a partir de las recurrentes acciones de búsqueda de protección de este derecho que se interponen cada año, las cuales en relación con el total de tutelas para la invocación

⁹ Defensoría del Pueblo Colombia. (2018). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social*. www.defensoria.gov.co

de los diferentes derechos, se ubican en el segundo lugar desde el año 2009, con un comportamiento histórico creciente en la última década. Los intereses del mercado han prevalecido sobre el derecho fundamental a la salud¹⁰ generando problemas estructurales en el sistema de salud que se expresan en resultados deficientes e inequitativos en salud y presencia de morbilidad y mortalidad evitable, barreras para el acceso a los servicios de salud, inequidad en la oferta de servicios en salud, precarización laboral de los trabajadores del sector salud, bajas coberturas de personal sanitario, insostenibilidad financiera del sistema, ausencia de un sistema único de información lo que favorece la opacidad en las transacciones del sistema, pérdida de gobernabilidad, así como altos niveles de riesgo y situaciones de investigación que han sido asociadas a hechos de corrupción.

Resultados deficientes e inequitativos en salud

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

De acuerdo con el Sistema de Estadísticas Vitales liderado por este Ministerio el 46,6% de las muertes reportadas, entre 2005 a 2020, fueron muertes evitables¹¹, esto equivale a 1.598.441 personas (Gráfico 1). En 2020, Tolima (348,8), Quindío (345,8), Risaralda (324,3), Caldas (308,8), Valle del Cauca (307,6) y Boyacá (294,8) presentaron las tasas de mortalidad evitable por 100.000 personas más altas, siendo estadísticamente superiores al valor nacional, con un nivel de confianza del 95% (tabla 1).

10 Gañán, J. (2014). *Derecho a la salud y mercado. Casos Colombia y Latinoamérica. In Estudios de Derecho* (pp. 131–155).

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

Cumplimiento de metas del país frente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Durante el periodo de 1993-2020 se analizan algunos indicadores seleccionados por su impacto en la salud, como por la capacidad de gestionar el riesgo para evitarlo por parte del sistema de salud asociados a los Objetivos del Milenio ODM y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.¹²

Mortalidad materna. Para el año 2015 el país no logró cumplir el ODM establecido para este indicador (Razón de Mortalidad Materna – RMM de 45 muertes/100.000 NV), cerrando para ese año en 53,7 muertes /100.000 NV.

Respecto a los ODS, Colombia debe alcanzar para el año 2030 una RMM de 32 muertes / 100.000 NV, para lograr esta meta en el año 2020 la RMM se debía ubicar en 51 muertes/100.000 NV; sin embargo, se registraron 66,7 muertes/100.000 NV. Hasta el momento Colombia no ha logrado cumplir las metas internacionales para evitar la mortalidad materna en Colombia, siendo aún más gravosa en zonas dispersas o poblaciones vulnerables, como se evidencia en los datos del año 2020: Chocó con 199,37/100.000, La Guajira 177,18/100.000, Amazonas 191,75/100.000, Guainía 323,97/100,000 y Vichada con 201,48/100.000. Así mismo, cifras similares se podrían encontrar en algunos barrios de ciudades grandes e intermedias, según los estratos sociales y posibilidades económicas de acceso a buenos servicios de salud, por ejemplo, para el año 2021 en Barrios Unidos (Bogotá) las cifras eran de 204,5/100.000 y en Los Mártires (Bogotá) 193,8/100.000, nada cercano a la media de Bogotá, que para el año 2020 era de 31,52/100.000.

Entre los años 1993 a 2021¹³, frente al número de muertes maternas se encontró lo siguiente:

¹² Se deja como salvedad, que, las series de tiempo se deben valorar con la siguiente advertencia: con relación a la mortalidad materna, las series presentan cambios en los formatos de captura de información del DANE (certificados de defunción y de nacido vivo, en el sistema de registro civil y estadísticas vitales), que ocurrió en el año 1998, además de los cambios en la clasificación de enfermedades, dado que en este mismo año se adoptó la 10ma revisión del CIE. Por ello, los dato antes y después de 1998, no pueden ser comparados.

¹³ Los datos del año 2021 son preliminares dentro de las reglas de verificación de la información que se realizan entre la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.

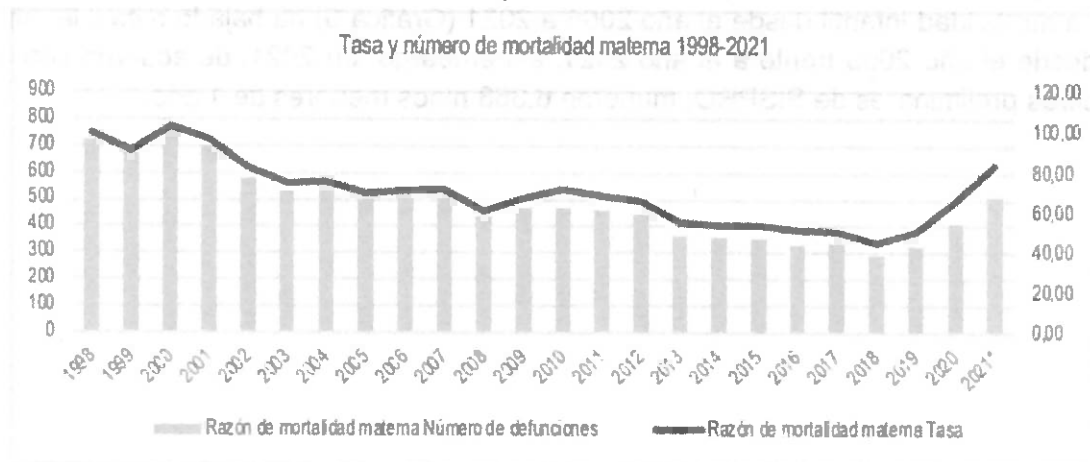
Gráfico 3 Número de muertes maternas entre 1993-2021



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

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

Gráfico 4 Tasa x 100.000 habitantes y número de muertes maternas 1998-2021¹⁴



¹⁴ Los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021

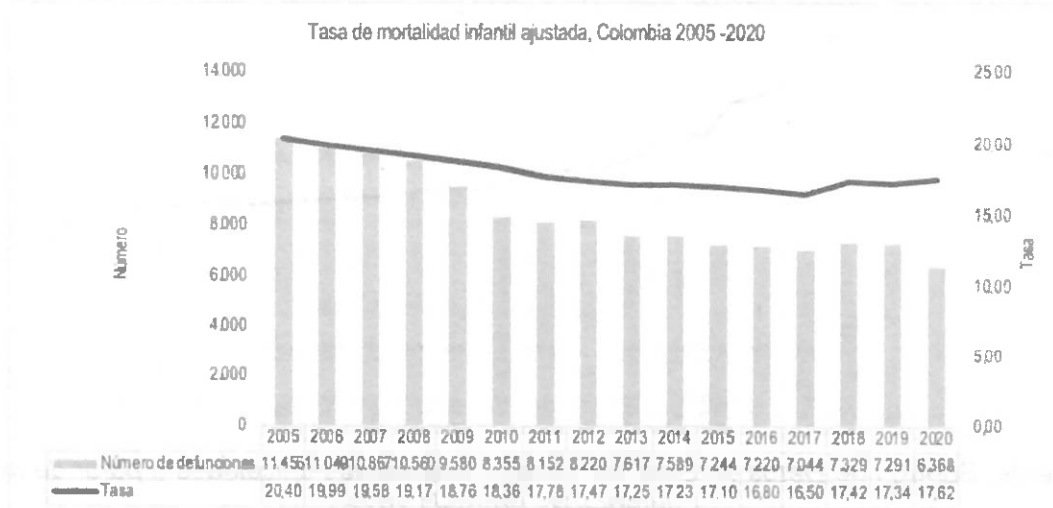
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

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

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

La mortalidad infantil desde el año 2005 a 2021 (Gráfica 5) ha bajado a casi la mitad desde el año 2005 frente a al año 2021, sin embargo, en 2021, de acuerdo con las cifras preliminares de SISPRO, murieron 6.368 niños menores de 1 año.

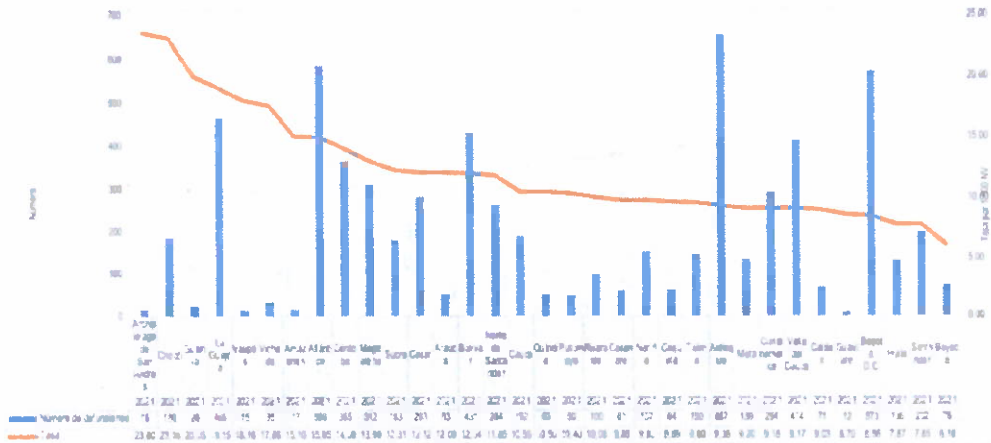
Gráfico 5 Número y tasa de mortalidad infantil 2005-2020



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

La tasa de mortalidad infantil del país ha mejorado y se comporta cerca al valor internacional esperado, lo cual contrasta con la desigualdad e inequidad por departamento (gráfica 6), en donde se evidencia la falta de acceso a los servicios de salud, como en el Chocó, Guainía, San Andrés, La Guajira y Vaupés, con 23,16/1.000, 20,05/1.000, 23,60/1.000, 19,15/1.000 y 18,6/1.000, doblando y hasta triplicando la tasa de Santander (7,85), Bogotá D.C. (8,56), Boyacá (6,18), Huila (7,87), entre otras. Así mismo, no deja de sorprender que en ciudades como Bogotá y en departamentos como el Atlántico, las cifras de muertes sean de más de 500, cuando cuentan con prestadores de salud y EPS o EAPB dentro de sus territorios, pudiendo con ello garantizar la vida de la población con el acceso oportuno y de calidad de los servicios. Así mismo, las cifras sugieren la necesidad de una intervención inmediata en el Chocó y La Guajira con 188 y 466 muertes de niñas y niños menores de 1 año en el 2021, en los cuales los determinantes sociales de salud y el acceso a servicios de salud son inadecuados, con imposibilidad de prestar servicios de alta complejidad, en caso de requerirse.

Gráfico 6 Tasa de mortalidad en menores de un año, por departamento - 2021¹⁵

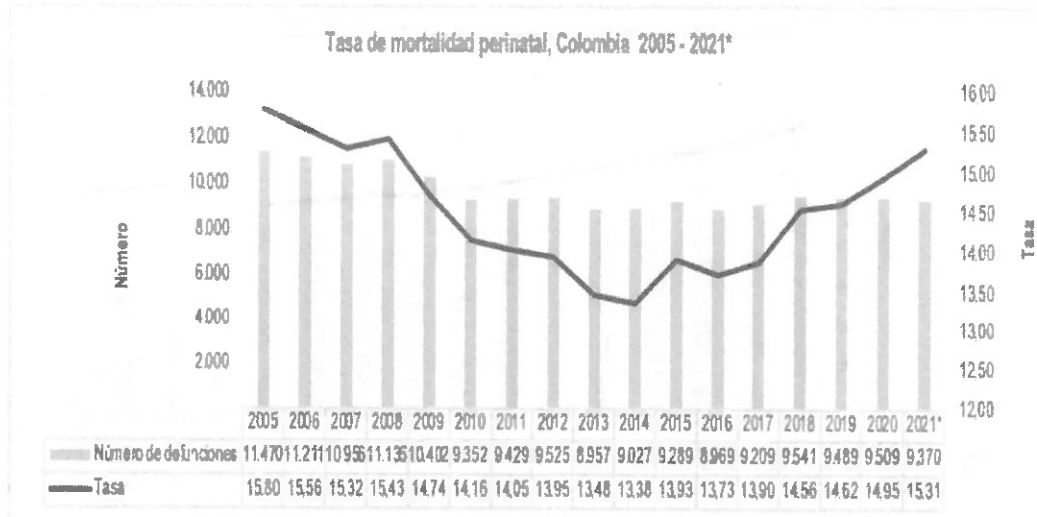


Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD 2022.

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

¹⁵ Los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021

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

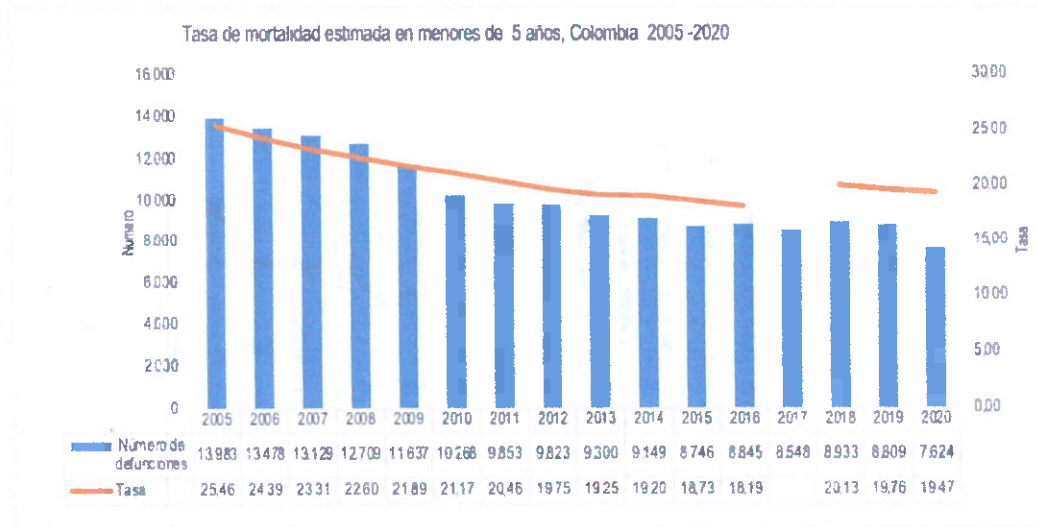


Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

La mortalidad de los niños y niñas entre el primer año y los 5 años (Gráfico 8) está asociada principalmente a la desnutrición, problemas diarreicos, enfermedades respiratorias, problemas de salud desde la etapa prenatal, accidentes externos, infecciones, cuidados al nacer y anomalías congénitas. Es decir, una buena parte de las causas de muerte en este rango de edad se relacionan con los determinantes sociales de salud y cómo el sistema de salud garantiza el acceso efectivo y oportuno para atender a los menores de 5 años.

Los departamentos con las tasas de mortalidad de la niñez en el país son Chocó (33,56/1.000), Guainía (30,24/1.000), Vichada (30,89/1.000) y La Guajira (22,47/1.000). Cuando la mortalidad de la niñez se analiza por el número de muertes, el comportamiento cambia, evidenciándose un peor desempeño en Antioquia (656), Atlántico (659), Bogotá (766) y La Guajira (482). Con relación a las metas propuestas por los ODS Colombia no alcanzó lo proyectado para el año 2020 (18 muertes por 100 mil menores de cinco años).

Gráfico 8 Número y tasa de mortalidad estimada en menores de 5 años de 2005-2020



Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE

Mortalidad por cáncer menores 18 años. La mortalidad por cáncer en menores de 18 años ha sido una preocupación constante para la sociedad y el Estado, por lo que se diseñaron normas que permitieran el giro directo y una atención inmediata, en especial, a partir de la Ley 2026 de 2022, a través del Decreto 647 de 2022. La tasa y el número de muertes es sostenida en el tiempo, sin encontrar una mejoría. De acuerdo con datos de GLOBOCAN para el 2020 se estimaron para Colombia cerca 2.211 niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer, de estos el 35.1% corresponden a leucemias, y de acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social murieron 631 niñas, niños y adolescentes por cáncer, es decir el 28,54%, encontrándose dentro de la media internacional de los países en vía de desarrollo. Para lograr estar dentro de los estándares de los países con mejores condiciones socioeconómicas, se deberá llegar a salvar el 80%¹⁶ de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

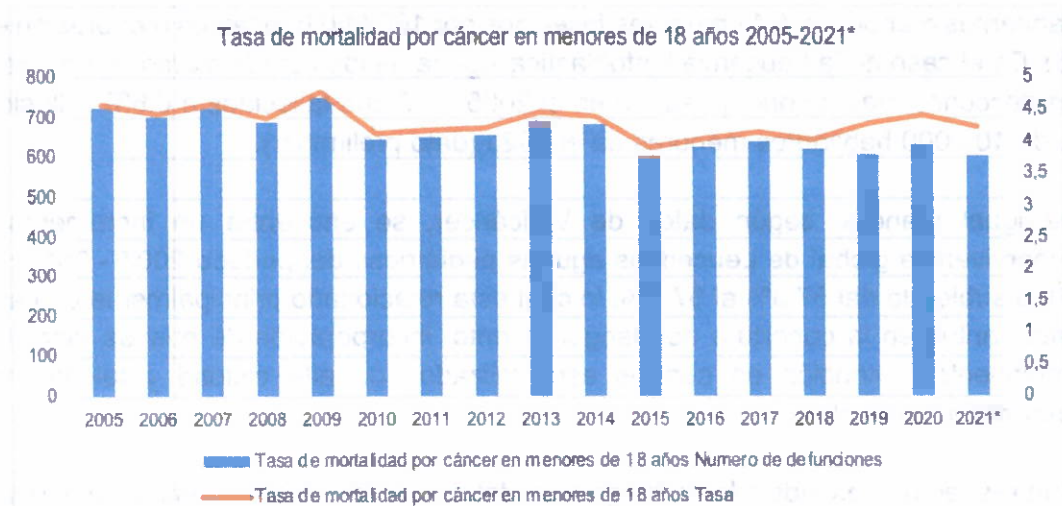
¹⁶ Ver el siguiente enlace: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021#:~:text=C%C3%A1ncer%20infantil%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%20y%20en%20el%20mundo&text=Se%20estima%20que%20el%20c%C3%A1ncer,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe.>

La tasa de mortalidad en menores de 18 años (Gráfico 9) ha tenido un comportamiento estable en el país, pasando en el 2005 de 4,57 menores fallecidos por cada 100.000 habitantes menores a 4,41 menores fallecidos por 100.000 habitantes menores en el 2020 (6). En el caso de la Leucemia Linfoblástica Aguda, la tasa cruda de mortalidad ha tenido un descenso más notorio, pasando en el 2005 de 0,908 fallecidos a 0,637 fallecidos por cada 100.000 habitantes menores en el 2020 (dato preliminar).

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

Con respecto a los indicadores de gestión del riesgo en cáncer infantil y de acuerdo con lo reportado en el sistema de información para la garantía de la calidad, para el año 2019, a 204 (28,5%) de los 703 niños y niñas que fueron diagnosticados con leucemia aguda pediátrica (LAP) no se les garantizó el inicio del tratamiento dentro de los 5 días posteriores al diagnóstico con un Cumplimiento bajo, de acuerdo con lo establecido en la norma. El tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el definitivo fue de 12 días (Meta: ≤ 8 días), el tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de 17,9 días (Meta: ≤ 5 días) y la proporción de niños y niñas que abandonaron el tratamiento fue de 46,3%.

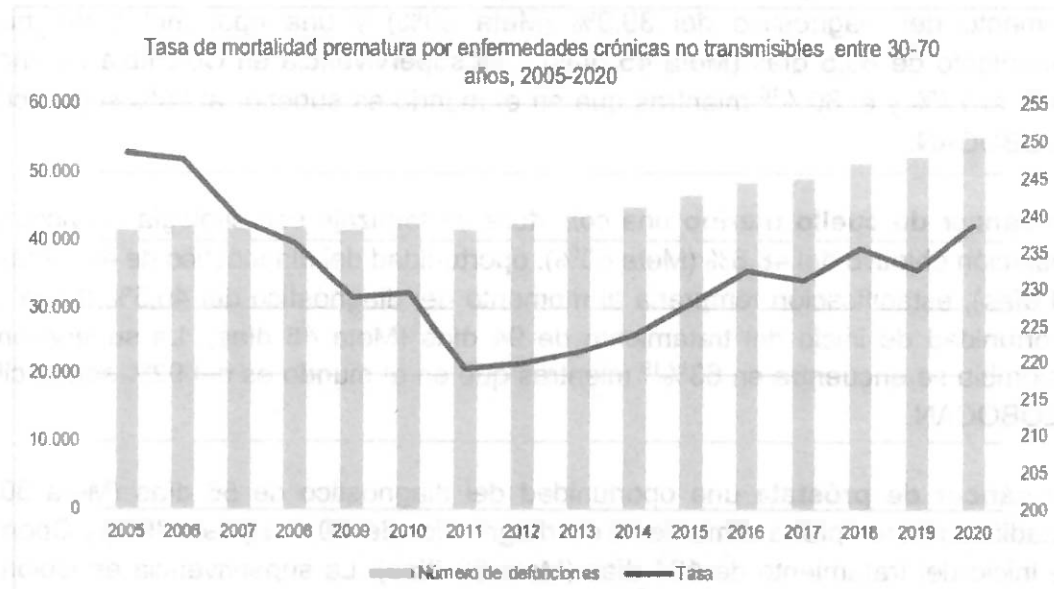
Gráfico 9 Número y tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años de 2005-2021*



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

Mortalidad enfermedades crónicas no transmisibles. La mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles ha ido en aumento como se estimaba años atrás. En el 2005 morían 41.584 y para el 2020 mueren 55.167 personas entre 30-70 años por enfermedades crónicas no transmisibles (gráfica 10), entre las que se encuentra los diversos cánceres (gráfica 12), diabetes (gráfica 13), enfermedades respiratorias (gráfica 14) y problemas cardiovasculares (gráfica 15), enfermedades altamente ligadas a los estilos de vida que se llevan frente a la alimentación, deporte, acceso a saneamiento básico y vivienda digna, agua potable, aire limpio, vida sexual y la exposición a productos altamente riesgosos para la vida de las personas, entre otras. En el año 2020 murieron 24.900 personas por tumores, 4.219 por diabetes, 23.844 por enfermedades del sistema circulatorio y 2.204 por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

Gráfico 10 Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre 30-70 años de 2005-2021*



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

Se observa que el cáncer es la principal causa de muerte en enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, así mismo, a nivel mundial se encuentra como una de las causas principales de muerte. Para el año 2018¹⁷ murieron 9,5 millones de por cáncer y fueron diagnosticadas con cáncer 18,1, es decir, alrededor del 50% de los casos terminan en muerte. Para el año 2020 el panorama fue más alentador, 10,1 millones de personas fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer y 5 millones murieron a causa de ello. La OMS estima que si se generan condiciones que protegieran los determinantes sociales antes descritos, se podría reducir entre un 30%-50% los cánceres. El número y tasa de la mortalidad prematura por tumores en población de 30 a 70 años se evidencia en el gráfico 11.

Con respecto a la gestión del riesgo para los diferentes tipos de cáncer se evidencia con base en la información de la cuenta de alto costo lo siguiente:

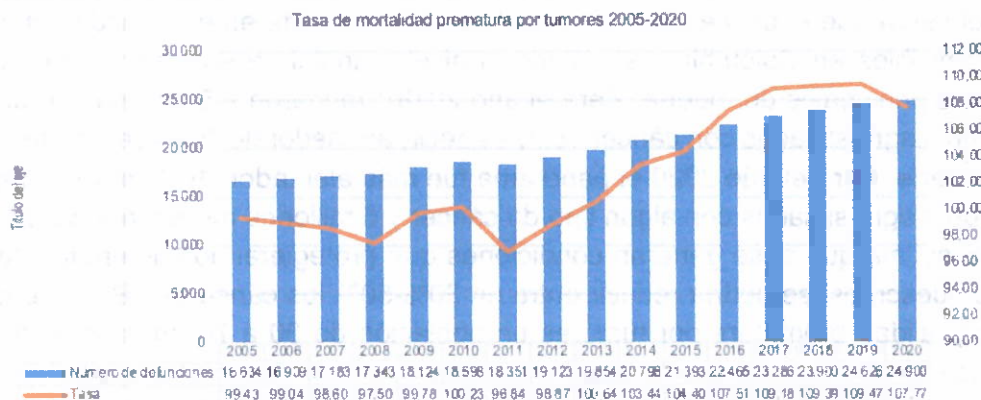
¹⁷ Todas las cifras correspondientes a cáncer a nivel mundial fueron tomadas de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer y los estudios mismos de la OMS. Ver link: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

En **cáncer de mama** una cobertura del tamizaje con mamografía del 24,8 % (Meta 40%), oportunidad del diagnóstico de 44 días (Meta 30 días), estadificación temprana al momento del diagnóstico del 39,9% (Meta 60%) y una oportunidad de inicio del tratamiento de 80,5 días (Meta 45 días). La supervivencia en Colombia se encuentra entre el 77% y el 80%¹⁸ mientras que en el mundo es superior al 90% según cifras de GLOBOCAN.

En **cáncer de cuello uterino** una cobertura de tamizaje con citología cervicouterina a población objetivo del 48,8% (Meta 60%), oportunidad del diagnóstico de 40,9 días (Meta 30 días), estadificación temprana al momento del diagnóstico del 46,5% (Meta 80%) y oportunidad de inicio del tratamiento de 94 días (Meta 45 días). La supervivencia en Colombia se encuentra en 63%¹⁹ mientras que en el mundo es del 92% según cifras de GLOBOCAN.

En **cáncer de próstata** una oportunidad del diagnóstico de 56 días (Meta 30 días), estadificación temprana al momento del diagnóstico del 40,1 % (Meta 70%) y Oportunidad de inicio del tratamiento de 104 días (Meta 60 días). La supervivencia en Colombia se encuentra en 69,8%²⁰ mientras que en el mundo es del 98% según cifras de GLOBOCAN.

Gráfico 11. Número y tasa de mortalidad prematura por tumores entre 30-70 años de 2005-2021*



¹⁸ C. Vries, E. Supervivencia al cáncer de mama y cérvix en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. Colomb. Med. vol.49 no.1 Cali Jan./Mar. 2018

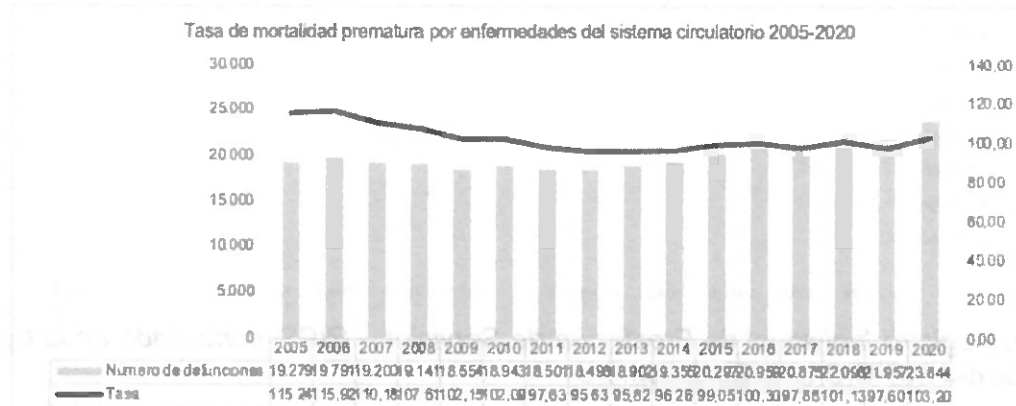
¹⁹ C. Vries, E. Supervivencia al cáncer de mama y cérvix en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. Colomb. Med. vol.49 no.1 Cali Jan./Mar. 2018

²⁰ Restrepo, J. et al. Incidencia, mortalidad y supervivencia al cáncer de próstata en Cali, Colombia, 1962-2011. Salud pública Méx vol.56 no.5 Cuernavaca sep./oct. 2014

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

Con respecto a las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, para el 2025 según la meta mundial Colombia debería pasar de 95,85/100.000 a 71,9/100.000, sin embargo, para el año 2020 se ubica en 103,20/100.000 (Gráfico 12)

Gráfica 12. Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatoria entre 30-70 años de 2005-2021*



Fuente:

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

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

Dentro de los últimos 12 años, los casos de situaciones derivadas de trastornos mentales y comportamiento ligado al coeficiente intelectual casi han sido cuadruplicada, pasando de 405.124 (2009) casos a 1.543.543 (2021) casos diagnosticados, es decir, puede ser a causa de subregistros en años anteriores o por el crecimiento mismo de las enfermedades mentales o ambas circunstancias, siendo de todas formas preocupante, pues afecta cerca del 3% de la población colombiana. El año con mayor número de personas atendidas por

servicios de salud mental fue 2019 con 1.647.573. Es importante resaltar que Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca son los lugares donde más se reportaron casos.

Gráfico 13 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021



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

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

Gráfico 14 Número de personas muertas por lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidio) 2010-2020



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

Barreras para el acceso a los servicios de salud: Reclamación de los ciudadanos por restricciones al acceso a los servicios y el derecho a la salud

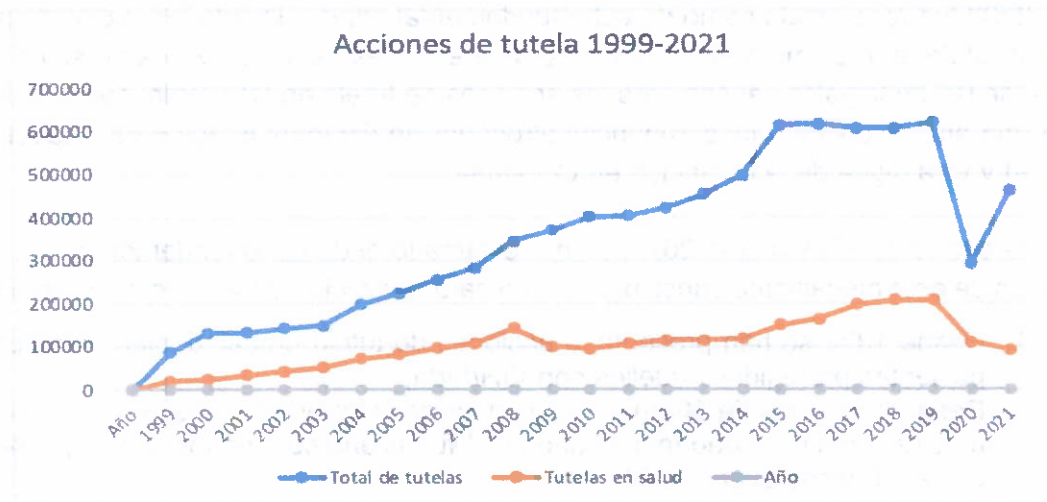
Acciones de tutela. Dentro del análisis del sistema de salud y sus resultados, la acción de tutela es pertinente para comprender el alcance del derecho. La acción de tutela, conforme el artículo 86 de la Constitución Política, establece la capacidad del ciudadano de reclamar el cumplimiento y protección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

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

1. Desde 1992 se han presentado acciones de tutela en salud, siendo los primeros pacientes protegidos aquellos con VIH/Sida;
2. Desde hace más de 10 años la salud se encuentra entre el 2º y 3er derecho que más reclama la ciudadanía, el año 2021 fue el año con menos tutelas presentadas en salud desde el año 2000;
3. Las acciones de tutela hasta el año 2016 eran principalmente por acceso a servicios POS de casi un 70%, después de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 la principal causa según el estudio hecho por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud es: la postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por EPS (22,31%), la postergación y/o aplazamiento de citas médicas con especialistas (15,37%), la demora en la entrega de medicamentos y/o suministro de tecnologías en salud (MIPRES, UPC) con un 26,99% y la solicitud de servicios complementarios no financiados por UPC, y tampoco excluidos (12,25%), es decir, el 64,67% siguen siendo tutelas presentadas para recibir procedimientos, citas y tratamientos ya pagados por el Estado La única salvedad es la disposición de solo dar cierto tipo de medicamentos, procedimientos u objetos con la presentación de la tutela, que quedó dentro del sistema de MIPRES;

4. Pese a la disminución de tutelas presentadas, las de salud siguen ocupando un porcentaje bastante alto, el 20,02%.
5. De 1999 a 2021 se presentaron 2.453.982 acciones de tutelas en el país frente a 8.329.186, es decir, el 33,9% de las tutelas presentadas en ese periodo fueron sobre salud y como se ha expuesto anteriormente, las tutelas hacen referencia en su mayoría a servicios que el Estado había garantizado previamente a través de las EPS.
6. Las acciones de tutela son principalmente una medida de cuidado y protección para quienes viven en ciudades grandes e intermedias, porque sigue siendo un derecho poco explorado para el cuidado de la salud de las poblaciones más lejanas. Un elemento de desigualdad, donde tampoco se podría afirmar qué habría pasado con el derecho fundamental a la salud de tantas poblaciones si contaran con el derecho de la tutela de manera más asequible. Probablemente serían más casos como el de la Guajira, Estado de Cosas Inconstitucionales.

Gráfico 15 Número de acciones de tutela en salud vs general de 1999-2021



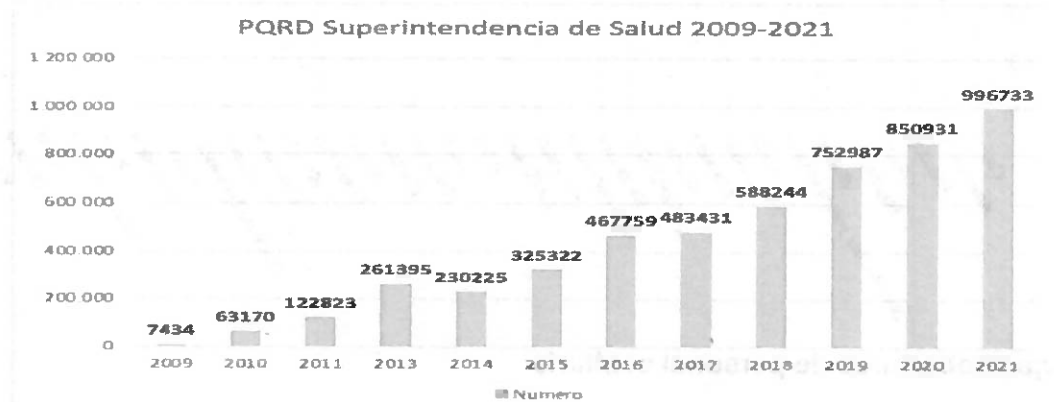
Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional

Peticiones, quejas y reclamos de los ciudadanos. Las PQRD se han ido incrementando mientras las acciones de tutela en salud han ido bajando. Las reclamaciones de tutela son similares a las hechas directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual recibió para el año 2009 7.434²¹ y en el año 2021 recibió

²¹ Información tomada de la respuesta al derecho de petición presentado por la exrepresentante Angela María Robledo en el año 2014 a la Superintendencia de Salud.

996.733 PQRD, es decir, aumentaron en 1340%, se presentaron 134 veces más de PQRD. Las principales causas son de acceso oportuno a: citas médicas especializadas, entrega de medicamentos PBS, medicamentos No PBS, servicios médicos como imagenología y laboratorio (cuadro 5). De 2014-2021 han pasado de 230.225 a 996.733, 4,3 veces de diferencia.

Gráfico 16 Número de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021



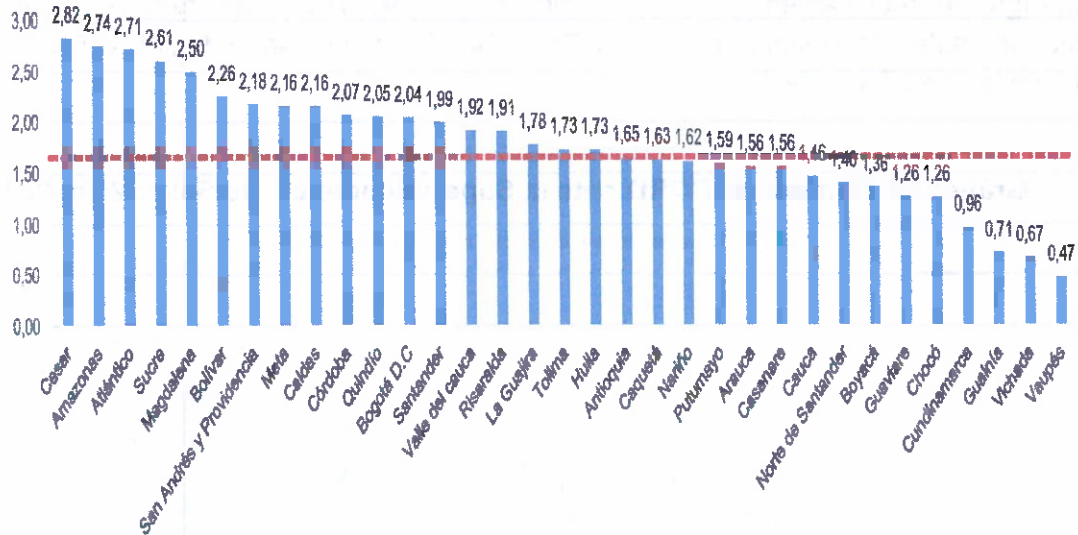
Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014 -2022 enero-agosto (descargada el 06 de octubre de 2022) y respuesta de derecho de petición de 2014 a la Superintendencia de Salud.

Inequidad en la oferta de servicios en salud

Según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, con corte a septiembre de 2022, 305 municipios del país no disponen de sala de partos, 183 municipios no cuentan con servicios de urgencias y 347 municipios no tienen servicio de hospitalización adultos.

Con respecto a la densidad de camas por 1000 habitantes, Colombia se encuentra por debajo del promedio de países de la OCDE (4,4 camas por 1.000 habitantes), contando según el REPS con 2 camas hospitalarias por 1.000 habitantes. 21 departamentos del país se ubican por debajo del promedio nacional.

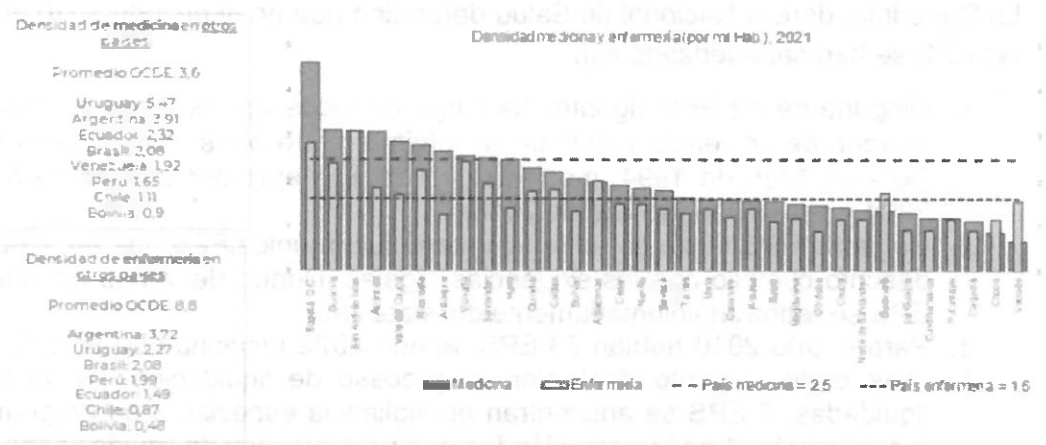
Gráfico 17. Densidad de camas por 1.000 habitantes



Bajas coberturas de personal sanitario

La densidad de médicos (2,5 profesionales en medicina por cada 1000 habitantes) en el país se ubica por debajo del promedio de los países OCDE (3,6 médicos / 1000 Hab.). Situación similar ocurre con los profesionales de enfermería, para los cuales la densidad en Colombia es de 1.6 profesionales en enfermería por cada 1000 habitantes, mientras que el promedio de los países de la OCDE es de 8,8 enfermeras por mil Hab. La inequidad en la distribución de este talento humano en salud se hace más evidente al comparar los departamentos y municipios del país.

Gráfico 18 Densidad de profesionales en medicina y enfermería - Colombia



Fuente: Observatorio de Talento Humano en Salud-OTHS y Cubo ReTHUS- SISPRO
<https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalento/humano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>
 Estimaciones MSPS-DDTHS con base en Mineducación (graduados-SNIES, convalidaciones títulos exterior), DANE (proyecciones de población) y estudios elaborados previamente con la academia. Cifras preliminares sujetas a revisión de acuerdo con algunas fuentes de información externas.

Situación del aseguramiento

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

1. Ninguna de las EPS vigentes ha cumplido todos los años con las reglas de margen de solvencia y patrimonio mínimo, entre otras, identificadas por el Decreto 1485 de 1994, modificado posteriormente por el Decreto 515 de 2004 y por el Decreto 780 de 2016;
2. Colpatria EPS hasta su retiro voluntario fue la única EPS que en el periodo descrito cumplió con las exigencias legales. Dentro del rango de tiempo 9 EPS se retiraron voluntariamente del sistema.
3. Para el año 2010 habían 73 EPS, al año 2022 funcionan 30 EPS²², 14 de ellas están a punto de iniciar un proceso de liquidación, 34 ya fueron liquidadas, 7 EPS se encuentran en vigilancia especial, 2 en programa de recuperación, 1 en intervención forzosa para proceso de liquidación y solo 6 EPS cumplen los estándares financieros exigidos por la normatividad vigente, los cuales se han bajado en el transcurso de los años, con el objetivo de que estas puedan ser cumplidas por las EPS;
4. Las EPS deben 16,6 billones de pesos a las clínicas y hospitales para el año 2022, cuando para el año 2009 la deuda era de 4,1 billones, solicitando para la época declaratoria de emergencia por parte de las EPS, apoyado por el gobierno de entonces, quienes alegaban los problemas financieros y la imposibilidad de cumplir con las prestaciones de servicios, cifra que en valores de 2021 corresponderían a 6.5 billones de pesos, casi tres veces menor a las cifras actuales.

De acuerdo con algunos estudios especializados²³ y las cifras reportadas para las fechas de 2008-2018, las dificultades financieras del sistema actual han emergido de:

1. Mayores costos en todas las EPS. Los mayores costos en las EPS se asocian a la inclusión de nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de las frecuencias de uso. Del año 2010 al año 2017 ingresaron 510 nuevas tecnologías, según el informe de Gestión de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.
2. En la actualidad se encuentran cubiertas alrededor del 99% de nuevas tecnologías en salud por el sistema, ya sea por el Plan de Beneficios, presupuestos máximos (más pago de rezagos por MIPRES). Con el envejecimiento de la población ha aumentado el gasto en procedimientos (37%) y de consultas (35%). Y con ello, las frecuencias de uso.

²² Para mayor información consultar anexo 1

²³ Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep>

- Menores ingresos en el régimen subsidiado. El régimen subsidiado recibe el 8% de administración de los recursos frente al 10% que reciben quienes manejan régimen contributivo. Por otro lado, no cuenta con planes complementarios, ni cuotas moderadoras y copagos, y el valor diferencial de la UPC, siendo el mismo plan de beneficios en salud.

Tabla. Estado de resultados EPS²⁴ participación de los rubros más representativos en los ingresos operacionales 2019

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

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

- Mayores gastos de recursos administrativos. Mayores gastos administrativos por atender población dispersa, a la cual además se le debe cubrir el transporte, la obligatoriedad de contratar al menos el 60% con ESE o con instituciones que no cuentan con todos los niveles de complejidad que no permiten economías de escala, además de ser muy variable y que simplemente hace menos eficiente los costos en salud.
- El mercado no es competitivo. A pesar de 18 decretos que han aplazado las condiciones financieras y de margen de solvencia de las EPS, el mercado no es competitivo ni sostenible, porque el Estado sigue siendo el mayor deudor de las EPS, además de no haber logrado la regulación y modulación del sistema, ya que sigue siendo errática e inconsistente, porque ha reproducido

²⁴ Ibidem

diversos vicios de la lógica privada, incumpliendo el marco teórico del pluralismo estructurado. Además, porque si bien se aceptan los errores no se han logrado dar soluciones al sistema de salud, como la disminución de intermediarios y el favorecimiento de una concentración en el mercado, como se ve en la Ley 1122 de 2007.

6. Integración vertical. La integración vertical conlleva la concentración y reducción de competidores en la prestación de los servicios de salud, dejándola en manos de unos pocos y dentro de las 5 principales ciudades del país y ciertas zonas de estas ciudades. Y también, ha conllevado a prácticas de selección adversa, la búsqueda del mayor rendimiento financiero y la ampliación de atención con costos decrecientes.
7. Incentivos asimétricos de la regulación. Se mantienen los servicios de salud más rentables y se cierran aquellos que no son sostenibles financieramente. Como la negociación es más competitiva y rentable conforme al tamaño y capacidad financiera de la IPS, no es posible para una pequeña IPS hacer una buena negociación con una EPS para el pago de sus servicios y está llamada a quebrar o salir del mercado del sistema de salud. Por lo que terminan siendo monopolios bilaterales, tanto de las EPS e IPS.
8. Condiciones diferenciales y contradicciones. La cartera se reproduce en cadena desde las EPS a lo largo de la cadena de IPS a proveedores y afecta la solvencia y liquidez de todos los integrantes del sistema. A la vez que afecta, incrementa o encarece los costos, porque a dicha cartera se incorporan los intereses, como el tiempo de recuperación. Además de cómo negocian las glosas, donde la negociación de ellas siempre busca ser inflada, para no perder con la negociación.

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

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

Tabla. Principales indicadores EPS 2008-2019²⁵ (valores corrientes de cada año en millones de pesos)

Tabla 2. Principales indicadores financieros EPS, 2008 y 2019 (valores corrientes de cada año en millones de pesos)					
	2008				
	RC	RS	CyS	RI	Total
Activo (A)	1.533.571,7	2.216.926,9	621.623,1	83.633,8	4.455.755,6
Pasivo (D)	1.201.804,9	1.866.691,8	571.615,8	70.705,8	3.710.818,3
Patrimonio (E)	331.766,8	350.235,1	50.007,3	12.928,0	744.937,3
Resultado del Ejercicio (R)	12.583,9	38.782,3	-9.793,4	1.611,5	43.184,3
D/A (%)	78,4	84,2	92,0	84,5	83,3
E/A (%)	21,6	15,8	8,0	15,5	16,7
C M/I/O (%)	90,0	91,6	92,2	95,5	91,0
R/A (%)	0,82	1,75	1,58	1,93	0,97
Num. Afiliados	10.609.070	24.888.100	2.642.464	685.165	38.824.799
	2019				
	RC	RS	CyS	RI	Total
Activo (A)	9.516.659,0	3.782.072,3	8.371.934,1	138.829,2	21.809.494,6
Pasivo (D)	9.196.035,0	7.927.849,5	9.562.613,2	228.337,8	26.914.835,6
Patrimonio (E)	320.623,9	-4.145.777,2	-1.190.677,1	-89.508,7	5.105.338,0
Resultado del Ejercicio (R)	-76.486,7	-454.767,4	-995.342,7	-25.515,0	-1.552.111,7
D/A (%)	96,6	209,6	114,2	164,5	123,4
E/A (%)	3,4	-109,6	-14,2	-64,5	-23,4
C M/I/O (%)	91,9	98,9	103,2	96,3	98,3
R/A (%)	-0,80	-12,00	-11,90	-18,40	-7,10
Num. Afiliados	17.064.495	9.998.089	17.378.833	1.277.192	45.718.609

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

Fuente: cálculos propios

El aseguramiento representa el 44,01% de recursos del presupuesto general de nación, las cotizaciones del régimen contributivo y aportes al sistema por los regímenes especiales y exceptuados es del 34,4%, sistema general de participaciones de 15,3% y Coljuegos, juntos otros ingresos 3,4% (Gráficas 20 y 21). Es decir, el Estado ha hecho un esfuerzo mancomunado para aumentar dentro del Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios para financiar el sistema de salud, así mismo, aumentar la población cotizante del sistema, con el único objetivo de hacer sostenible el sistema financiero.

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

²⁵ Ibidem

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

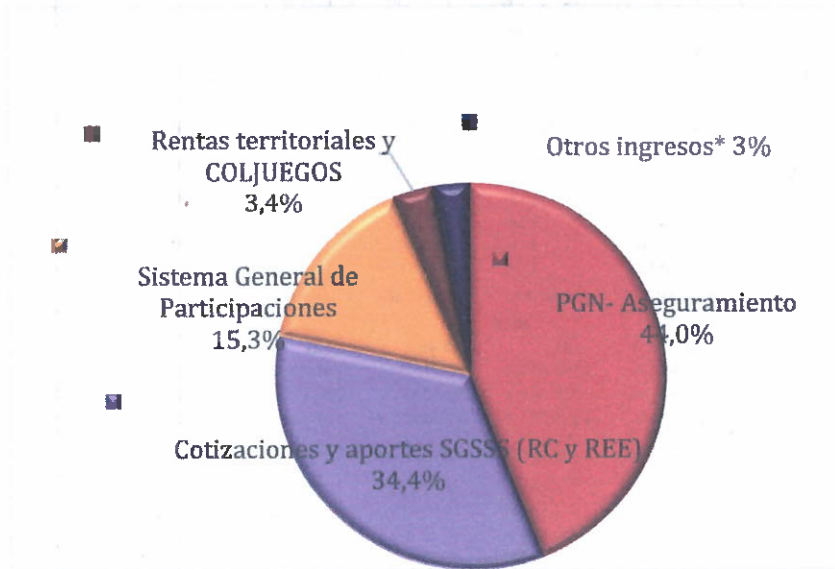


Gráfico 20 Proyección gasto en salud 2023 (Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social)

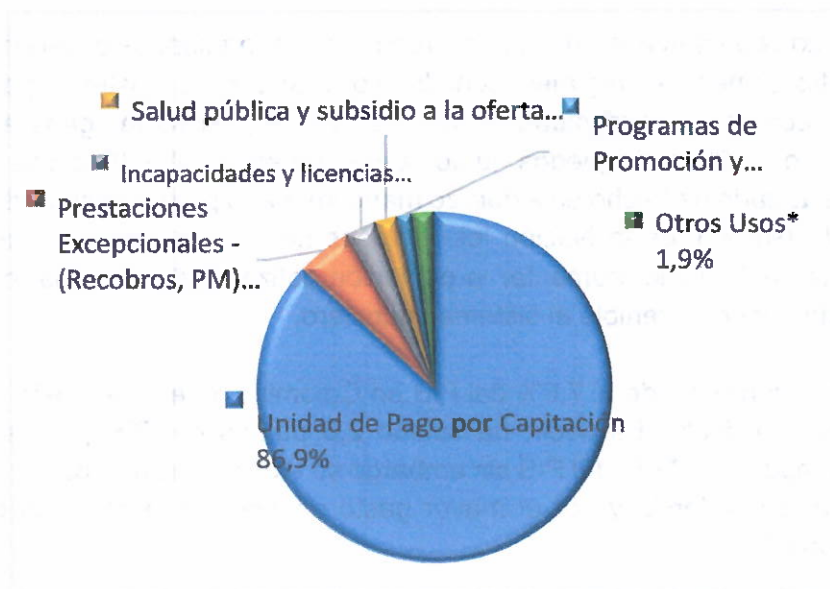
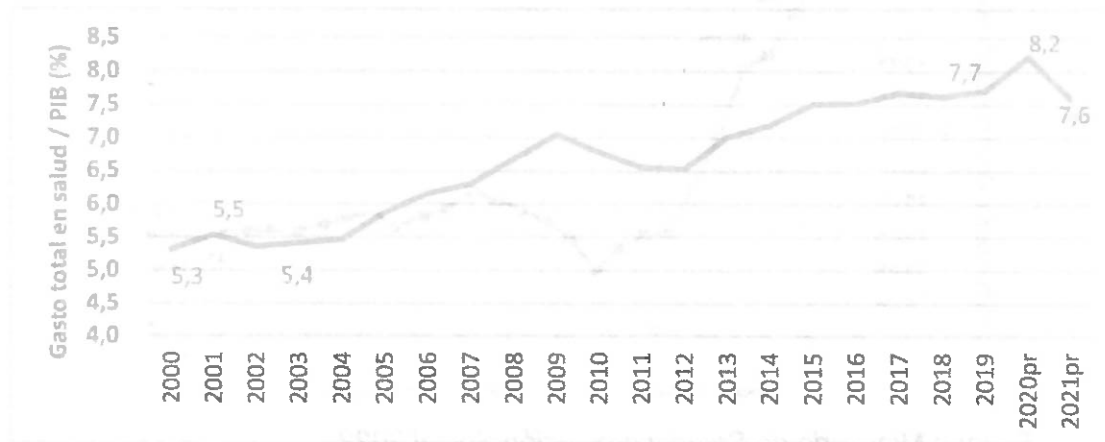


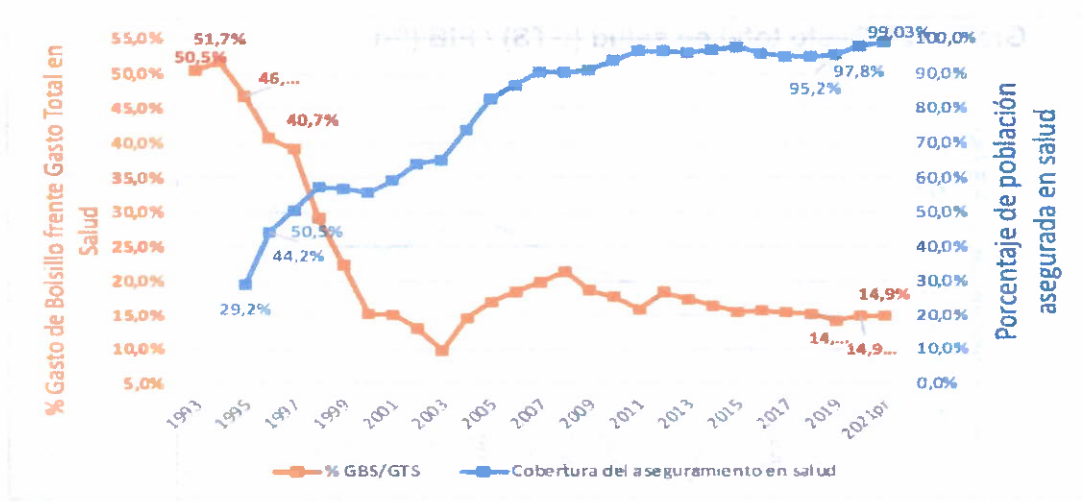
Gráfico 21 Gasto total en salud (GTS) / PIB (%)



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

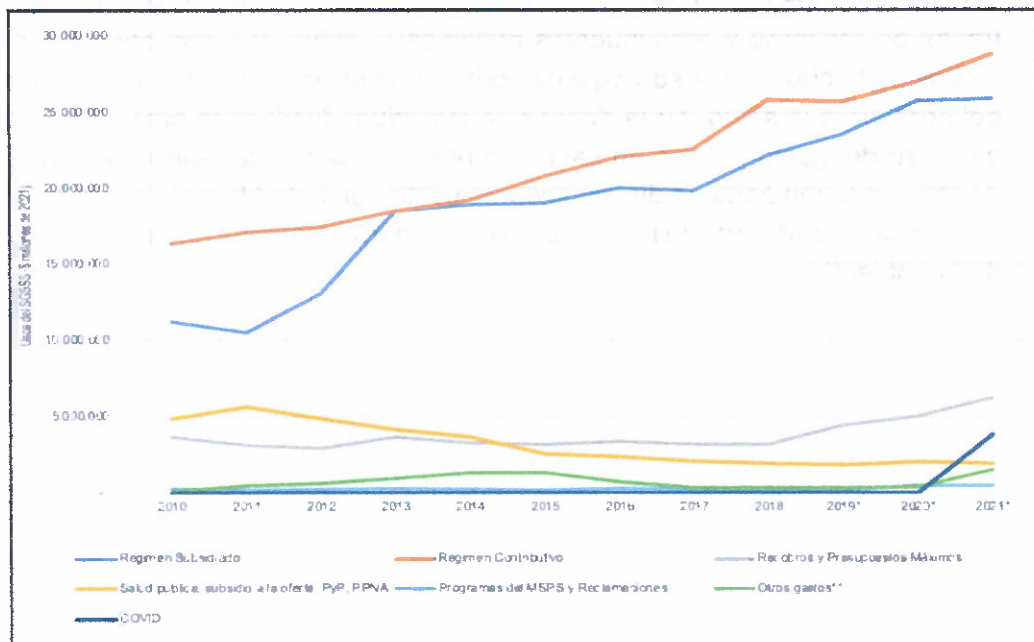
Por último, la disminución de gasto de bolsillo en salud (Gráfica 23) y el crecimiento constante de las atenciones no previstas en el plan de beneficios, que se cubre a través de recobros y presupuestos máximos (Gráfica 24), son parte del esfuerzo que se ha hecho como estrategia de política pública para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en la dimensión individual. Dadas las presiones al alza del esfuerzo del gasto público en salud, se requiere hacer más eficiente la asignación de recursos, mediante la disminución de costos en salud fortaleciendo los modelos preventivo y predictivo de forma que se logre garantizar más años de vida saludable de la población.

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



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

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



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

III. TRANSFORMACIÓN HACIA UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN EL ASEGURAMIENTO SOCIAL

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; establece como 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”.

La propuesta desarrollada en este proyecto se orienta a dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” y demás jurisprudencia relacionada con la garantía del Derecho Fundamental a la Salud a través de:

- (i) La articulación de tres derechos fundamentales: salud, trabajo y educación.
 - a. Salud: el proyecto de ley propone una “transformación” del sistema general de seguridad social en salud, incluyendo el ajuste de los subsistemas relacionados con gobierno y gobernanza, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos.
 - b. Trabajo: propone condiciones de trabajo justas y dignas para los trabajadores y trabajadoras del sector salud.²⁶
 - c. Educación: propone una política de formación y educación superior en salud.²⁷

²⁶ Ver Artículo 127

²⁷ Ver artículo 126

(ii) La construcción sobre lo construido, cumpliendo la jurisprudencia relacionada con la garantía del Derecho Fundamental a la Salud y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”

(iii) La interpretación de los resultados negativos en salud como consecuencia de la lógica inadecuada y las fallas estructurales del actual Sistema de Salud.

(iv) La definición de estrategias que permitan superar la organización fragmentada en el sistema de salud y la lógica de contratación que han impedido el pleno desarrollo de Políticas Públicas como las de Salud Mental, Violencia y Discriminación Contra las Mujeres y Atención, Asistencia y Reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, población con enfermedades huérfanas, entre otras.

(v) El fortalecimiento del sentido de lo público como condición necesaria para el cuidado de la vida a través de la concurrencia de la ciudadanía, el sector privado y el Gobierno.

(vi) La necesidad de contar con un sistema basado en el aseguramiento social en salud entendido 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”.

(vii) La recuperación de la gobernabilidad administrativa, financiera y de la información desde la autoridad sanitaria nacional y territorial como una condición para avanzar de una lógica de competencia a una lógica de cooperación entre los actores del sistema de salud.

(viii) La fundamentación de la respuesta a las necesidades sociales de la salud en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud, trascendiendo de la atención básica en salud al logro de:

- La universalidad en el acceso efectivo a los servicios de salud.
- La territorialización, partiendo del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y la personas, familias y comunidades.

- La conformación y puesta en marcha de redes integrales e integradas de servicios de salud con instituciones de salud públicas, privadas y mixtas articuladas con las redes de cuidado socio-sanitario y ambiental.
- El fortalecimiento del nivel primario con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud, que se constituyen en puerta de entrada y primer contacto con el sistema e integran y coordinan la atención en salud con el nivel complementario.

(ix) La construcción colectiva e implementación de un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo para toda la población que integra como principios la interculturalidad, igualdad, no discriminación y la dignidad. Contempla los enfoques de: derechos, determinantes de la salud, diferencial, territorial, de igualdad de género, promocional, interseccional, curso de vida y acción sin daño e implementa las estrategias de atención primaria integral, salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y intersectorialidad.

Este modelo tiene tres dimensiones:

- Es predictivo porque la información que genera y gestiona el modelo, permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros y tomar decisiones en salud, en el corto, mediano y largo plazo.
- Es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades independientemente de su lugar de residencia y su condición socio económica, minimizando la carga de la enfermedad.
- Es resolutivo, porque el modelo permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud de individuos, familias y comunidades.

(x) La inclusión de la necesidad de desarrollar acciones transectoriales sobre los determinantes sociales de la salud ²⁸ trascendiendo el enfoque centrado en responsabilizar a los individuos por sus afectaciones de salud.

(xi) El posicionamiento de una nueva forma de convergencia de las atenciones individuales, familiares y comunitarias que permitan superar la fragmentación histórica entre intervenciones colectivas y atenciones individuales.

²⁸ La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana"

(xii) La “desmedicalización²⁹” de la atención en salud reconociendo la importancia de la respuesta en salud con participación de otras profesiones y disciplinas en el marco de un abordaje holístico.

(xiii) La inclusión de mecanismos anti-corrupción de distintos tipos: la formalización laboral, las instancias colegiadas de planeación, gestión y evaluación del sistema, la auditoría inteligente, la participación vinculante de la ciudadanía, la trazabilidad financiera, el sistema único de información y el fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.

(xiv) El desarrollo de incentivos en distintos niveles y componentes del sistema que estén orientados al logro de resultados en salud y se alejen de la lógica de venta de servicios.

(xv) El financiamiento por oferta de los CAPS definidos como “unidades polifuncionales, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud que junto con los equipos de salud territoriales se constituyen en la puerta de entrada de la población al sistema de salud. Estos CAPS desarrollarán los procesos de adscripción poblacional, administración y atención al ciudadano, prestación de servicios de salud, vigilancia en salud pública, gestión intersectorial y participación social y darán cumplimiento a todos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad normados por el Ministerio de Salud y Protección Social con acciones universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales, y en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo”.

(xvi) El reconocimiento de los servicios farmacéuticos como servicios de salud y su integración a las Redes Integrales e Integrales de Servicios de Salud en el marco de la territorialización.

(xvii) La definición de las Políticas en materia de medicamentos y tecnologías en salud como políticas de Estado.

(xviii) La transformación de los Empresas Sociales del Estado en Instituciones de Salud del Estado buscando la mejora de su infraestructura, el aumento de su capacidad resolutiva y la articulación a las Redes Integrales e Integrales de Servicios de Salud.

²⁹ Desmedicalizar supone superar el enfoque biomédico tradicional atado a la entrega de un medicamento como única respuesta del sistema y a la gestión del riesgo individual.

(xix) El establecimiento de la alternativa de que las EPS se transformen en Gestoras de Salud y Vida, para que contribuyan con su experticia y experiencia en la gestión de los servicios de salud, en coordinación con las entidades territoriales y los Centros de Atención Primaria en Salud bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. CONFLICTOS DE INTERÉS

El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 establece el régimen de conflicto de interés para los congresistas. De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional, para que se configure el conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura deben presentarse las siguientes condiciones o supuestos: (i) Que exista un interés directo, particular y actual: moral o económico. (ii) Que el congresista no manifieste su impedimento a pesar de que exista un interés directo en la decisión que se ha de tomar. (iii) Que el congresista no haya sido separado del asunto mediante recusación. (iv) Que el congresista haya participado en los debates y/o haya votado. (v) Que la participación del congresista se haya producido en relación con el trámite de leyes o de cualquier otro asunto sometido a su conocimiento.

En virtud de lo estipulado en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5a de 1992, señala:

El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo con el artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

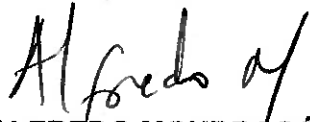
Por lo cual, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que en el trámite de este Proyecto podrían incurrir en conflicto de interés cuando los congresistas o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil puedan obtener beneficios directos o actuales del presente proyecto.

Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que no existen conflicto de intereses para la discusión y aprobación del presente proyecto de ley por parte de quienes suscribimos esta ponencia.

7. PROPOSICIÓN

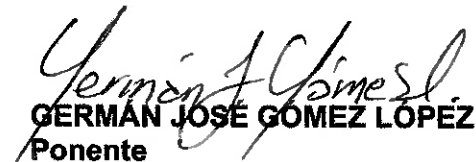
Con base en las anteriores consideraciones, y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la ley 5 de 1992, rendimos **PONENCIA POSITIVA** para segundo debate al Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley números. 340 de 2023 Cámara, 341 de 2023 Cámara, 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", sin modificaciones, de conformidad con el texto definitivo aprobado por la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes.

De los Honorables Representantes,

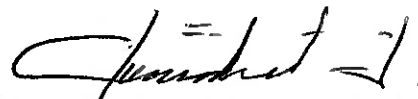


ALFREDO MONDRAGÓN G.
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

MARTHA ALFONSO JURADO
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara



GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
Ponente
Representante a la Cámara



JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Ponente
Representante a la Cámara



CAMILO ESTEBAN ÁVILA M.
Ponente
Representante a la Cámara

8. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE DEL PROYECTO DE LEY No. 339 DE 2023 – CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NÚMERO 340 DE 2023- CÁMARA, PROYECTO DE LEY NUMERO 341 DE 2023 –CÁMARA, Y EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 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 como 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 resolutive 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, a toda la población del territorio nacional, incluyendo la atención de personas con dependencia funcional alta por discapacidad, curso de vida, o situaciones de salud agudas o crónicas. En caso de procedimientos que requieran el desplazamiento a instituciones de salud se garantizará el traslado requerido del usuario y cuidador.
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 en un término no superior a un año posterior a la entrada en vigencia de la presente ley 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 hacen parte de la territorialización del accionar del sector salud partiendo del reconocimiento de las necesidades, características y potencialidades del territorio y la persona, familias y comunidades, la articulación para facilitar el acceso de la población adscrita a otros sectores del Estado, y la promoción de 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 de salud 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, vigilancia en salud pública, gestión intersectorial y participación social y darán cumplimiento a todos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad normados por el Ministerio de Salud y Protección Social

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

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 con 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 y prestación de servicios 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 independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán 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. Recolectará la información de 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 a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos con apoyo de los operadores farmacéuticos.

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 y coordinación del CAPS con las Gestoras de Salud y Vida:

- a. Los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia teniendo en cuenta el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
- 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 adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud.
- d. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio sanitario asignado, de acuerdo con las RIISS establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.
- e. Los CAPS desarrollarán mecanismos de 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 Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

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 de voluntades para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales, debidamente habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la coordinación de las Entidades Territoriales y las Gestoras de Salud y Vida 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 que reglamentará el Ministerio de Salud y Protección Social 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 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.

Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de 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,

critérios 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, centros especializados 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 y Vida. Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores, los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior

al 3%. Se considerarán los resultados en salud, satisfacción de los usuarios y uso eficiente de los recursos.

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.

6. Los modelos de acuerdos de voluntades al interior de las redes, deben ser modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación en la atención y cuiden los recursos del sistema.

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 habilitará 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.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades con mayor incidencia y prevalencia en los territorios para la gestión en salud, como los trastornos del espectro autista, con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y la respuesta terapéutica adecuada, sin importar la ubicación geográfica de los prestadores y del paciente.

La prestación de servicios se hará mediante la atención directa a pacientes utilizando la telemedicina u otras TIC o por medio de convenios que permitan el desplazamiento temporal de especialistas a territorios con mayor incidencia y prevalencia, para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio.

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 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.

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, de tal manera que se garantice progresivamente la eliminación de barreras de acceso a los medicamentos, incluyendo la dispensación a domicilio sin perjuicio de la entrega presencial.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad y/o movilidad reducida o con

condiciones y situaciones que lo requieran; así como el cobro por el servicio logístico a quienes no cumplan con el requisito de exención del pago.

Parágrafo 3. Se procurará la entrega de la totalidad de los medicamentos formulados a los pacientes, con el fin de evitar múltiples desplazamientos para los mismos. Cuando la entrega de medicamentos se efectuó por partes, serán el prestador, el proveedor farmacéutico y el CAPS quienes coordinarán el mecanismo para notificar y dispensar al usuario de los medicamentos con la misma autorización médica. En ningún caso se pondrá la carga administrativa al paciente.

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 y Defensa Civil.

Así mismo, les corresponde la coordinación de la red de urgencias.

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. Es una instancia funcional de las Entidades Territoriales que la conforman y avalada por el 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 1. 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.

Parágrafo 2. La coordinación regional de la red de servicios velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no están disponibles en el ámbito departamental, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.

Artículo 25. Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las RISS, son unidades funcionales de 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 1. 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.

Parágrafo 2. En la coordinación departamental y distrital de la red de servicios se velará por la continuidad de la atención de los pacientes que necesiten tratamiento en instituciones que no estén disponibles en el ámbito municipal, conforme a los procesos de referencia y contrarreferencia estructurados por las gestoras de salud y vida a cargo de la población.

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, los CAPS, 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 - RISS, el cual estará bajo el marco del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.

El Sistema de Monitoreo de las RISS 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.
5. Acceso oportuno a medicamentos y a tecnologías en salud

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

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 revisaran 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, analizaran 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 - SPUUIS. 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 de dirección 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. Sociedades científicas y colegios profesionales
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.

CAPÍTULO II. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO

Artículo 36. 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 5º 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 1. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Parágrafo 2. Aquellos establecimientos públicos creados por la Ley, Asambleas Departamentales, Consejos Distritales o Municipales, que estén adscritos a Ministerios, Departamentos, Distritos o Municipios que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental seguirán funcionando como lo hacen en la actualidad.

Artículo 37. 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 38. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios 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 de eficiencia 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.

6. Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral.

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 39. 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.

Dentro de los recursos girados a las ISE se entienden incluidos los correspondientes a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a las mismas y demás gastos de personal, y no podrán destinarse al pago por otros conceptos. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado– ISE garantizarán estos pagos so pena de la responsabilidad disciplinaria prevista en la normatividad vigente.

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 40. 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 41. 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 periodo 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 42. 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 43. 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 1° de abril de cada año con

corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

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

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

Artículo 44. Régimen Laboral de las ISE. En los términos de la normatividad vigente los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, se regirán por la presente Ley.

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

1. 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 servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno Nacional.

2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las instituciones de salud del Estado -ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.

3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la ley 4 de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.

4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, Ley 909 de 2004 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.

5. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo.

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.

Parágrafo 1. 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 2. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los servidores públicos de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.

Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Artículo 45. 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, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, sin solución de continuidad y sin que 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. En ningún caso, habrá desmejoramiento de las condiciones laborales.

Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que, a la vigencia de la presente ley, se encuentren laborando más de tres años continuos en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad de vinculación, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado – ISE, en las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.

Parágrafo 1. 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 2. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los servidores públicos de la salud que laboren en las regiones dispersas y de difícil acceso.

Parágrafo 3. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Artículo 46. 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 47. 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.

CAPÍTULO III. GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 48. 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 los 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 territorios para la gestión en salud, respetando los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En los mencionados territorios y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.

4. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organicen las secretarías departamentales y distritales en coordinación con las gestoras de salud y vida de acuerdo a los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La habilitación y autorización de las RISS estará a cargo del 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 presentar un plan de saneamiento con los acreedores respecto a todas las deudas en el marco de lo establecido en la presente ley.

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, contratados por las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS en Entidades Gestoras de Salud no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los

activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional.

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 49. 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 salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:

1. En coordinación con los CAPS, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana.
2. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud la conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Coordinar la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Gestionar el riesgo en salud en coordinación con los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS).
5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que

identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.

7. 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.

8. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio asignado; de acuerdo con las RIISS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.

9. ejecutar en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIISS.

10. 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.

11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.

12. Participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud.

13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.

14. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación 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.

15. 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, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.

16. 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.

17. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIISS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

18. Realizar la auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIISS.

19. Validar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.

20. 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.

21. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

22. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida y donde tengan mayor desarrollo de su capacidad de operación, según necesidades que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

23. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.

24. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.

Artículo 50. Transitorio. Dentro de los 60 días hábiles siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Servicios de Salud y Vida, 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 presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.
2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.

Parágrafo: En ambos casos, las Entidades Promotoras de Salud deberán presentar un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá garantizar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo.

Artículo 51. 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 52. 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. Las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución y administración.
4. Vigilar el uso eficiente de los recursos públicos que se les reconozca.

Artículo 53. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida 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. Además, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados según lo estipulado el artículo 13 de la presente ley.

Artículo 54. 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 55. 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 56. 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 57. 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 58. 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 salud, 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 deberá contratar las auditorías integrales 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. Su régimen de contratación para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública ley 80 de 1993.
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 entidades especializadas para la realización de auditorías médicas financieras en salud y/o gestión del riesgo financiero en salud, incluidas las Gestoras de Salud y Vida, diferentes a las realizadas en el marco de sus funciones como Gestoras.

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. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, 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. Establecerá en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.

Artículo 59. 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 60. 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 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva 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 62. 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 63. 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 64. 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 65. 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 66. 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 67. 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 68. 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 69. 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 y los acuerdos de voluntades. 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.

En la gestión privada realizada por las Gestoras de Salud y Vida, previa auditoría de los servicios de salud prestados por las Redes Integrales e Integrales de Salud, certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago de dichos servicios de salud de mediana y alta complejidad.

La ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia de Salud para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de servicios de salud. 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.

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 70. 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 71. 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 72. 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 73. 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.

Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud, se destinará hasta el 1 % del presupuesto asignado por la ADRES, del valor anual calculado para cubrir la atención en salud de la población, en cada entidad territorial según reglamentación que expida el ministerio de salud protección social.

Artículo 74. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud. Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.

En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.

La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.

Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.

Artículo 75. 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 76. 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 77. 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.

Parágrafo. El ministerio de Salud y Protección Social deberá generar los medios y mecanismos tecnológicos para garantizar el acceso en tiempo real a la información pública del Sistema de Salud por parte de todos los actores del sistema que permita el control y la veeduría social por parte de los mismos.

Artículo 78. Objetivos generales del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIS tendrá como principios de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como el soporte informático a la realización de las actividades asistenciales, de promoción y prevención, junto con las referentes a los aspectos económicos y financieros, la gestión de la infraestructura de prestación de servicios incluyendo el registros de redes de servicios y de territorios 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 SPUIS 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 79. 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 SPUIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el

número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.

Artículo 80. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la atención en salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SPUIS para aumentar capacidad resolutive 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 81. 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 82. 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 83. 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 84. 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 85. Inspección, vigilancia y control. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007, sin embargo, el alcance de la función de inspección consistirá en solicitar, confirmar y analizar de manera ocasional, y en detalle en los términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, auditorias, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información.

Con el objetivo de fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control en el territorio, se crearán nuevas regionales de la Superintendencia Nacional de Salud y se fortalecerá la capacidad técnica administrativa y financiera de las existentes, con el propósito de impactar en mayor medida a las entidades vigiladas y mejorando la prestación del derecho a la salud. Lo anterior deberá sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Mediano Plazo y al Marco de Gasto de Mediano Plazo.

Artículo 86. 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 87. 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 88. 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 89. 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 90. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:

1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la Administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, los Fondos Cuenta Regionales de Salud, Fondos de Salud de las entidades territoriales, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos específicos a las funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios.
3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituyen falta grave.

4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.
5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.
6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.
7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.
8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.
9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.
10. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.
11. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios para la gestión en salud.
12. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido por el principio de celeridad.
13. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.
14. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.
15. Velar 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.

16. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley.

16. 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 91. Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva y oportuna prestación de los servicios relacionados con el derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los siguientes asuntos:

1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las instituciones prestadoras de salud, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.
2. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las instituciones prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del sistema de salud.
3. Los trámites de insolvencia y de liquidación judicial inmediata del Régimen de Insolvencia Empresarial previstos en la Ley 1116 de 2006 o la norma que la adiciona, modifique o sustituya, para los sujetos vigilados.
4. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012.

5. Las reclamaciones de los usuarios relacionadas con la entrega de medicamentos por todas las prestadoras del servicio de salud del sistema de salud: ante eventuales incumplimientos de la normativa aplicable que reglamenta los tiempos de entrega, se iniciarán las respectivas investigaciones conforme al procedimiento establecido en el artículo 47 de la Ley 1437 de 2011 y se impondrán las sanciones conforme a la normatividad aplicable a la materia.

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 92. 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 93. 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 94. 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 95. 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 96. Política de Medicamentos, Dispositivos médicos, Insumos y Tecnologías en Salud. El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, dispositivos médicos, 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, dispositivos médicos y tecnología en salud tendrá en cuenta, criterios como:

1. La compra conjunta de medicamentos esenciales.
2. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente.
3. La protección de moléculas con patentes en los casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada.
4. La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales.
5. La regulación de precios de medicamentos y tecnologías.
6. La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.
7. Los mecanismos que favorezcan la competencia.
8. La investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales.
9. La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías.
10. Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud. Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo

efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.

11. Fortalecer los mecanismos que promuevan la fabricación local y la inversión en bienes y servicios de dispositivos médicos.

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 97. 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 temas 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 98. 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, con prioridad en los aprobados para patologías de alto costo y los de único oferente, contribuyendo a la sostenibilidad y eficiencia del sistema de salud, así como los 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 99. 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 100. Vacunas producidas en Colombia. 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, privadas o mixtas, el Ministerio de Salud y Protección Social, en sus procesos de adquisición de vacunas y medicamentos, sean estos procesos licitatorios o compras directas, dará especial consideración a los productores locales, según la legislación aplicable.

Artículo 101. 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 en el dossier de solicitud, el interesado indique en sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, y el Invima confirmara la autenticidad y vigencia del documento.

Cuando el documento se haya emitido en idioma extranjero, el Invima admitirá la traducción simple al castellano, bajo la responsabilidad del aportante. De igual forma, el INVIMA podrá aceptar cuando lo considere pertinente, que los documentos no oficiales y la información técnica de un producto, puedan ser allegados en idioma extranjero. La veracidad de esta traducción será también responsabilidad del aportante.

Artículo 102. 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 103. 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 104. 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 105. 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 106. 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 107. 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 108. 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 vincular o contratar a profesionales especialistas, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o 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 109. 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 110. 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 111. 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 112. 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 113. 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 114. Acto médico. El acto médico hace parte de la atención en salud, en la cual puede participar de manera concurrente o independiente otros profesionales de la salud y es el proceso resultante de la relación entre el profesional médico, el equipo de trabajo en salud y el paciente. El médico actúa con ética, libertad, autonomía, autorregulación y profesionalismo con el objeto de poner sus conocimientos y técnicas al servicio de la atención del paciente, realiza su actividad bajo estos principios y se fundamenta en la evidencia y el conocimiento científicos.

Cuando el personal de salud, lo considere necesario o pertinente, podrán solicitar una Junta Médica con el objeto de discutir el caso de un paciente determinado a las entidades encargadas de la prestación de servicios de salud, tales como redes, instituciones prestadoras de servicios de salud o las que correspondan. Los integrantes de dicha Junta serán médicos y/u otros profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para aportar en el análisis y decisiones del caso. En caso que no sea posible realizarla por causas ajenas a la actuación médica, el profesional; actuará según el artículo 16 de la Ley 1751 de 2015, bajo su propio criterio.

El médico o profesional de la salud que corresponda, debe suministrar al paciente, responsable o familiares, información que comprende la explicación en términos sencillos de la condición en salud, diagnóstico, manejo o procedimiento médico, las alternativas de tratamientos existentes y disponibles y los riesgos previstos por tener una alta probabilidad de ocurrencia o complicaciones más frecuentes. Dicha información, puede ser entregada de manera verbal o escrita y el paciente tendrá la libertad para realizar las preguntas que considere pertinentes, para absolver sus dudas y de acuerdo a la autonomía del paciente, responsable de éste o familiares, decidirán si aceptan o no el procedimiento o tratamiento propuesto.

Artículo 115. 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 116. 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 la participación de pares profesionales, el equilibrio entre el profesional, el paciente y las instancias jerárquicas de la dirección de la institución. En los casos que sea necesario, deberán remitir las investigaciones correspondientes a los tribunales profesionales ético-disciplinarios para lo de su competencia, así mismo, 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.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social con participación de la Academia Nacional de Medicina y los Tribunales Profesionales de Ética, en un plazo de seis meses luego de entrada en vigencia la presente Ley, establecerá las normas conducentes a fortalecer estos tribunales ético-disciplinarios.

Artículo 117. 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 Medicas de las Instituciones de Salud, ya sean del Estado–ISE, privadas, mixtas o por las Juntas Medicas 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 118. Discrepancias diagnosticas 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 Medicas 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 119. 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 120. 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 121. 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 122. 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 123. 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 124. 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 prioritizaciones 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 125. 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. El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el sistema de salud.
2. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan requisitos de permanencia y a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, que decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.
3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud

en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición de dos años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

b. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

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

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

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

integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud.

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

8. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud- CAPS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal, darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos de Salud ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

9. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e

independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

10. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. - CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.

11. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.

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

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

Artículo 126. 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. La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

Artículo 127. 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.

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 previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. 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 128. 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. 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 129. Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos,

que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población.

El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y este recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos tres años.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud.

Artículo 130. Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud. Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social destinará los recursos de la UPC así:

1. Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria Integral en Salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación de la Atención Primaria Integral en Salud se hará vía oferta, según se define en la presente Ley.
2. Establecerá el valor del per cápita para financiar 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.

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

Artículo 131. Acuerdos de Voluntades. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los acuerdos de voluntades expeditos, descritos en el artículo 12 de la presente Ley para establecer las condiciones de adscripción y operación de los prestadores y proveedores en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las RISS, que les habilita para hacer parte de las redes definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS- gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud, así como a solicitar la remuneración por sus servicios ante la Administradora de Recursos del Sistema de Salud -ADRES- como pagador único, lo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas e incentivos. Lo anterior, preservando las modalidades de acuerdo de voluntades existentes, sin perjuicio de otras modalidades para garantizar la contención de costos en salud y el cuidado integral de la población.

Artículo 132. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional corresponda entre 1 a 3000 personas al año y de 8 UVT para los que reporten un número de graduados de más de 3000, a la fecha de la mencionada solicitud. Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40% del costo de por primera vez.

Artículo 133. Cumplimiento de la normatividad vigente. El Gobierno Nacional dará cumplimiento en un término no superado a tres años a lo establecido en el artículo 2º del Decreto Ley 2400 de 1968, a las Sentencias C 614 de 2009 y C 171 de 2012 de la Corte Constitucional, vinculado gradualmente a los servidores públicos en los empleos que se creen para el efecto. La formalización laboral se hará teniendo en cuenta la antigüedad, cualquiera que haya sido la forma de vinculación y respetando las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo.

Artículo 134. Observatorio de Talento Humano en Salud. El Gobierno nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, adelantará la reorganización del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), de manera que este se desarrolle como una iniciativa de cooperación entre varios sectores y organizaciones para mejorar las decisiones políticas en materia de THS, para el incremento de información y desarrollo de capacidades para mejorar el desarrollo del personal sanitario. El OTHS deberá tener como principales funciones:

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

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

Artículo 135. Comité Ejecutivo. El Ministerio de Salud y Protección Social convocará de manera periódica a los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del

país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad, coordinar las acciones de naturales interinstitucional y evaluar el desarrollo de las políticas públicas sectoriales, conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.

Los directores departamentales de salud convocarán a su vez, un comité ejecutivo departamental, a los directores territoriales de salud de los municipios, que tendrá como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios.

La regularidad y procedimientos operativos de estos comités serán reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 136. Plan de incentivos para la promoción del deporte, la recreación y la actividad física. El Ministerio de Salud junto con el Ministerio del Deporte, en el marco de la Comisión Nacional Intersectorial para la Coordinación y Orientación Superior de Fomento, Desarrollo y Medición de Impacto de la Actividad Física (CONIAF), dispondrán de 12 meses para presentar un Plan de Incentivos dirigido a Entidades Territoriales que realicen la gestión territorial del Modelo de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles (CERSS), el cual contribuye, entre otros objetivos a aumentar la accesibilidad y asequibilidad de la población a programas de deporte, recreación y actividad física, así como promover la educación sobre la importancia de estos en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud en general.

Los recursos del citado plan de incentivos, hará parte de la planificación sectorial e intersectorial, incluyendo recursos nacionales, territoriales, conforme competencias institucionales, y de otras fuentes como cooperación nacional e internacional.

El plan tiene como propósito primordial la continuidad de los programas, proyectos y estrategias de promoción de la actividad física y deporte, evitando periodos de tiempo de no garantía de dicha oferta a la población.

Artículo 137. Programas y profesionales de actividad física para la prevención de enfermedades. Los Centros de Atención Primaria en Salud se articularán a programas de actividad física dispuestos por el sector de deportes y recreación y la entidad territorial respectiva en el marco del Modelo CERSS, el cual facilita un ordenamiento territorial por la salud, la promoción de estilos de vida saludable y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales de la salud y gestores comunitarios para realizar consejería en actividad física en el marco de la atención integral y la garantía al derecho a la salud.

Los programas de actividad física deberán ser desarrollados y supervisados por profesionales del área de la educación física, deporte y/o recreación o afines conforme la población y el territorio a atender, los cuales contarán con vinculación laboral por el sector deportes o la entidad territorial, conforme competencias.

Parágrafo 1. Los programas de actividad física deberán estar diseñados para atender las necesidades y características específicas de cada persona, familia o comunidad

considerando su edad, estado de salud, estilos de vida, cultura y características del territorio.

Parágrafo 2. Los profesionales del área deberán estar disponibles para asesorar y orientar a las personas, familias y comunidades en relación con la actividad física, sus beneficios y la forma en que esta se puede integrar a su estilo de vida, cultura y territorio.

Parágrafo 3. Las Entidades Territoriales deberán garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los programas de actividad física y los profesionales requeridos en el territorio de su jurisdicción y la articulación con los Centros de Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 4. En el marco del Sistema de Información Público Unificado Interoperable - SPUIS, las Entidades Territoriales, los Centros de Atención Primaria en Salud y demás sectores intervinientes, en el marco de sus competencias, deberán llevar un registro y seguimiento de las personas, familias y comunidades que participen en los programas de actividad física.

Artículo 138. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el marco de la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentado sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos, fortalecimiento de ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos, regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptados y adaptadas a la entidad.

Artículo 139. Derechos y estímulos de los servidores públicos. Con el fin de dar cumplimiento y hacer efectivos los derechos y estímulos contemplados en la Ley de carrera administrativa y demás normas concordantes, el Gobierno Nacional dentro de los 12 meses siguientes a la expedición de la presente Ley, previa consulta y concertación con las organizaciones gremiales y sindicales de los servidores públicos del sector salud, expedirá la reglamentación que contemple mínimamente: ascensos, movilidad salarial, becas, estudios, recreación, bienestar social para el trabajador y su familia, reconocimiento por estudio e investigaciones científicas.

Parágrafo. Las entidades de la salud respetarán y protegerán los derechos de asociación y negociación de los servidores públicos de la salud en los términos establecidos en la Constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y precedentes jurisprudenciales.

Artículo 140. Prevalencia de los cuidadores o asistentes personales no remunerados para la prestación de servicios personales domiciliarios a personas en condición de discapacidad, a cargo de instituciones prestadoras de salud o quien haga sus veces. Cuando se determine la contratación de una o más personas por parte de una Institución Prestadora de servicios de Salud o quien haga sus veces para la prestación de servicios

domiciliarios a personas con discapacidad, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada, a la persona con discapacidad beneficiaria del servicio, siempre y cuando se cuente con el perfil que sea equivalente o superior a la del personal de salud necesario para la prestación de los servicios requeridos por la persona en situación de discapacidad. En ningún caso la vinculación y las condiciones laborales y salariales de la persona cuidadora o asistente personal de persona con discapacidad contratada podrán ser inferiores a las del personal de salud que normalmente presta estos servicios.

Esta Contratación deberá contar con la aprobación de la persona con discapacidad y del cuidador o asistente personal no remunerado de persona en situación de discapacidad. Para estos efectos, el interesado deberá manifestarlo por escrito ante la respectiva Institución Prestadora de servicios de Salud o a quien corresponda y aportar la documentación que acredite el cumplimiento del requisito establecido en esta Ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará esta materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley con la posibilidad de articular este servicio con el sistema nacional de cuidado.

Parágrafo. No podrá alegarse políticas internas de la Entidad o Institución Prestadora de Salud como criterio para imposibilitar la contratación de familiares, para afectos de lo señalado en el presente artículo.

Artículo 141. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas, establecerán mecanismos de información, capacitación y rutas a seguir para las personas con discapacidad y cuidadores, con el fin de garantizar el acceso y prestación a todos los servicios de salud como del fortalecimiento de las redes de apoyo. Para lo anterior podrá coordinar estrategias con las demás entidades del orden nacional, con el objetivo de facilitar el acceso a los diferentes servicios y trámites del Estado

Artículo 142. Las Instituciones de Salud del Estado ISE e IPS privadas o mixtas, a quienes se les adeuden obligaciones por parte de las EPS liquidadas o en proceso de liquidación, se les concederán créditos blandos con un período de gracia de hasta 10 años y tasas compensadas, que les permita el saneamiento de sus finanzas a fin de garantizar su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Dicho programa de saneamiento será responsabilidad del Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, pudiendo prever la participación de la Superintendencia Financiera para garantizar, cuando corresponda, la participación de los operadores financieros y las condiciones en las cuales participarán del programa.

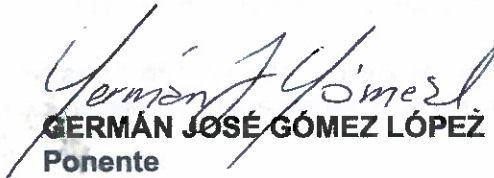
Artículo 143. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Representantes,




ALFREDO MONDRAGÓN G.
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara

MARTHA ALFONSO JURADO
Coordinador Ponente
Representante a la Cámara



GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ
Ponente
Representante a la Cámara



JUAN CARLOS VARGAS SOLER
Ponente
Representante a la Cámara



CAMILO ESTEBAN ÁVILA M.
Ponente
Representante a la Cámara