



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - Nº 1785

Bogotá, D. C., jueves, 14 de diciembre de 2023

EDICIÓN DE 50 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariassenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## CÁMARA DE REPRESENTANTES

### TEXTOS DE PLENARIA

#### TEXTO DEFINITIVO PLENARIA CÁMARA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 339 DE 2023 CÁMARA, ACUMULADO CON LOS PROYECTOS DE LEY NÚMERO 340 DE 2023 CÁMARA, PROYECTO DE LEY NÚMERO 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 1º. 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 diferencial y 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, tecnología e innovación en salud, 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 2º. Aseguramiento social en salud.** El aseguramiento social en salud es 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 con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de salud y vida.

**Artículo 3º. 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, el enfoque diferencial y de género 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, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir

desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

**Artículo 5°. Ejes centrales del modelo de salud.** La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la predicción basada en información y la atención integral en salud 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 y el autocuidado. 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 mental o físico 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.

La atención integral en salud es un proceso que comprende la provisión de servicios en salud de forma eficaz, segura y centrada en las personas, y que comprende el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos.

**Parágrafo.** Dentro de los ejes centrales del modelo de atención se establece la humanización como criterio transversal en la promoción, prevención y predicción, con un enfoque de bienestar para las personas, familias y comunidades, así como para los trabajadores de la 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 resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. 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, 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 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 paciente y cuidador, siempre y cuando el primero tenga alta dependencia funcional.
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 sectoriales y transectoriales 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. Garantizando el componente predictivo y preventivo en la atención de salud mental.

8. Implementar las disposiciones de la Política Nacional de Cuidado y el Sistema Nacional de Cuidado, según competencia, incluyendo los enfoques diferencial y de género.
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 dispersa, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, y poblaciones con presencia de grupos étnicos.
11. La Atención Primaria en Salud integrará los enfoques familiar, comunitario, diferencial, territorial y de género.
12. La provisión integral de los servicios y medicamentos que sean requeridos para el tratamiento de una enfermedad o condición médica.

**Parágrafo 1º.** 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 2º.** 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 7º. 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 socioeconómica; 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.
9. Enfoques de interseccionalidad.
10. Control de vectores, control zoonosis y tenencia adecuada de mascotas.
11. Los demás que tengan incidencia sobre la salud.

**Parágrafo.** 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, de conformidad con lo previsto en la Ley 1454 de 2011 o la norma que la sustituya, derogue o modifique, que garanticen la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho fundamental a la salud de la población.

**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 cualquiera de las modalidades contempladas en la norma de habilitación, y podrán apoyarse en todas las formas de telesalud. Así mismo, podrán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articulan con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.

El Gobierno nacional dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, 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.

Para el cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los CAPS, se realizarán las correspondientes auditorías integrales a los servicios en salud que estos presten, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios.

**Parágrafo 1º.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley 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 2º.** 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, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley.

**Parágrafo 3º.** Los Centros de Atención Primaria en Salud, que sean determinados en el marco del derecho fundamental a la consulta previa con los grupos étnicos, tendrán naturaleza pública, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin.

**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 del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la selección dentro de la oferta disponible de CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida 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, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente 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, incluyendo enfoques diferencial y de género.
- b) Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria y mental, con base en necesidades y potencialidades identificadas, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.
- 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, saberes ancestrales y aquellos asociados a la salud mental 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 o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo 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, salud sexual y reproductiva, 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, con enfoques diferencial y de género.
- g) Brindar y articular en las RISS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes, incluyendo los enfoques territorial y de género.
- 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 y de los que temporalmente requieran atención urgente, 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, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.
- 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, con enfoques diferencial, territorial y de género.
- d) Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud 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.

**Parágrafo 1º.** El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro de los primeros seis (6) meses de entrada en vigencia de la presente Ley, el procedimiento que cualquier ciudadano, familia o grupo deberá realizar para notificar y recibir atención médica por motivos de viaje dentro del territorio nacional.

**Parágrafo 2º.** Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

**Artículo 11. Equipos de salud territorial.** Los equipos de salud territorial son grupos interdisciplinarios conformados por personas con 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 determinado territorio, donde el número de familias 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 prestados a través de cualquiera de las modalidades

consideradas en la norma de habilitación con apoyo en todas las formas de telesalud, 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 dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá las disposiciones normativas y técnicas para la operación de los equipos de salud territorial.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con las entidades territoriales, debe garantizar la capacitación y certificación en primeros auxilios psicológicos, de todos los trabajadores del nuevo sistema de salud, administrativos y asistenciales en todos los niveles de atención, este certificado debe ser un requisito en la documentación contractual del trabajador.

**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 sanitarios 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 se registrarán y certificarán como integrantes de la red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente 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, diferencial y de género.

Los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, 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, aplicando un enfoque diferencial y territorial para las zonas rurales.

Las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación de las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS, en conjunto con entidades territoriales bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social, 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 1º.** Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud 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.

**Parágrafo 2º.** Las Instituciones de Salud del Estado ISE, se entenderán integradas a las redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social por tratarse de entidades de naturaleza pública.

**Artículo 13. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios para la gestión de salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque de resultados en salud y los enfoques diferencial y de género, 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 y de género. 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 efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través 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:
  1. Los resultados en salud dados en los siguientes parámetros:
    - a) Reporte de oportunidad de atención médica a 48 horas.
    - b) Reporte de oportunidad de atención odontológica a 48 horas.
    - c) Reporte de oportunidad de atención en salud de consulta psiquiatría y terapias de rehabilitación en 72 horas.
    - d) Identificación de la población obesa y remisión a programa integral interdisciplinario de tratamiento correctivo a preventivo.
    - e) Identificación de la población con riesgo de cáncer e ingreso a programa de atención interdisciplinarios de atención correctivo a preventivo.
    - f) Identificación de población con riesgo de depresión, suicidio e ingreso a programa interdisciplinario de atención correctivo a preventivo.
    - g) Identificación de población con riesgo de enfermedades crónicas y con enfermedad activa con ingreso a programa de atención interdisciplinario y tratamiento correctivo a preventivo.
    - h) Cumplimiento de indicadores de prevención y promoción de la salud en el marco de atención integral en salud.
    - i) Disminución en mortalidad materna.
    - j) Disminución en mortalidad perinatal.
    - k) Disminución en mortalidad en menores de 5 años.
      - 1) Disminución en mortalidad evitable.
      2. Satisfacción del usuario.
      3. 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 y las modalidades de pago pactados, deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de



atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos.

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 RIISS.

**Artículo 14. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).** El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) en los territorios para la gestión en salud. En estas RIISS se integrarán los servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Para tal efecto contará con el apoyo de las direcciones departamentales, distritales y municipales 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 RIISS se deberán registrar en el aplicativo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Todas las instituciones de Salud del Estado de carácter universitario, deberán contar con asesoría y apoyo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en articulación con el Ministerio de Educación Nacional, en formación y componentes pedagógicos para los profesionales quienes imparten cátedra o hacen seguimiento y acompañamiento a los estudiantes en dichas instituciones de salud.

**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 con enfoques diferencial y de género 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 telesalud. Cuando se trate de la prestación de servicios podrán apoyarse en cualquier modalidad en la telemedicina o telexperticia con el de evitar el traslado innecesario de los pacientes 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, con el objeto de garantizar y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno, así como el tratamiento adecuado; 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 telesalud 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 dentro del término de doce (12) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el 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.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado de baja y mediana complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.

**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, 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.** Todos los servicios farmacéuticos y establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud son servicios de salud, hacen parte del Sistema de Salud. El Estado deberá tomar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar que tales

servicios estén disponibles en todo el territorio nacional.

De acuerdo con la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán inscribirse y demostrar ante las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo, las condiciones esenciales para la prestación del servicio farmacéutico, suficiencia patrimonial y la capacidad técnica-administrativa.

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 Comercio, Industria y Turismo participará en la formulación de la política, en el marco de su competencia.

**Parágrafo 1º.** 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 a las sanciones penales y disciplinarias dispuestas en la normativa vigente.

**Parágrafo 2º.** Las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud harán la gestión y articulación de los servicios farmacéuticos para 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 3º.** 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 efectúe 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 según corresponda, coordinarán la Red de Urgencias y tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, que podrá integrarse con otros servicios de emergencia tales como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja, Defensa Civil, entre otros.

**Artículo 22. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades**

**huérfanas/raras y su prevención.** El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará y organizará la red de las instituciones y centros de referencia en enfermedades huérfanas/raras, con el objeto de hacer prevención, tamización y optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar el manejo oportuno para estas condiciones de salud, sin importar la ubicación geográfica de la institución ni del paciente, así como diseñar e implementar programas de investigación tendientes a generar evidencia en promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento.

La prestación de servicios se hará de forma integral mediante un modelo diferencial de atención que incluya prevención, tamización diagnóstico temprano, manejo, rehabilitación, cuidado paliativo y acceso efectivo a tratamientos, terapias y procedimientos que se requieran y que permita la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales desde el sistema de referencia y contrarreferencia o se apoyará utilizando la telesalud u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio, 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). Este modelo deberá ser diseñado y desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de veinticuatro (24) meses a partir de la entrada en vigencia de esta ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) garantizará la financiación de prestación de los servicios de salud para la atención integral de las enfermedades huérfanas/raras, así como la adquisición y la distribución de medicamentos y tecnologías en salud indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.

**Parágrafo 1º.** Para el diseño e implementación del modelo se deberá tener en cuenta la participación de la Mesa Nacional de Enfermedades Huérfanas/Raras, con todos los actores que la conforman, incluidas las asociaciones de pacientes y sociedades científicas, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1871 de 2021 o la que la modifique o sustituya; y deberá estar alineado y articulado con el Plan Nacional para la Gestión de las Enfermedades Huérfanas/Raras.

**Parágrafo 2º.** Mientras se define e implementa el modelo diferencial para la atención de enfermedades huérfanas/raras, se deberá garantizar la continuidad de la atención integral de los pacientes en tratamiento y de los nuevos pacientes como casos sospechosos o casos confirmados.

**Parágrafo 3º.** Se deberá diseñar e implementar un programa de capacitación a los profesionales de salud tanto de puerta de entrada como los que hagan

parte del proceso de atención para la tamización, diagnóstico temprano de enfermedades huérfanas/raras; y se deberá facilitar la consejería genética.

**Artículo 23. Laboratorios de salud pública.** Los laboratorios de salud pública se fortalecerán con los recursos asignados, de acuerdo con las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001 para los departamentos y distritos en salud, para desarrollar sus capacidades de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, zoonosis, entre otras; la gestión de la calidad e investigación, información fundamental para el desarrollo predictivo de políticas sanitarias.

Créese el Sistema Nacional de Laboratorios de Salud Pública bajo la coordinación del Instituto Nacional de Salud (INS), con el fin de articular y fortalecer la vigilancia en salud pública.

**Artículo 24. Coordinación regional de las redes.** Es una instancia funcional de las Entidades Territoriales que la conforman y autorizada 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 1º.** 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 2º.** 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 RIISS, 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 RIISS:

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 RIISS 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), y 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 1º.** 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 2º.** 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 RIISS.** Las Direcciones Departamentales y Distritales de salud organizarán un Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS, 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 los municipios, las Gestoras de Salud y Vida, los Centros de Atención Primaria en Salud (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 identificando 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, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud 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 diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del

desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), el cual estará bajo el marco del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

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

1. Seguimiento a cohortes de riesgo.
2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).
3. Efectividad de la atención en salud.
4. Calidad de la atención en salud.
5. Cobertura de intervenciones de promoción de la salud y prevención de enfermedad.
6. 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. Para lo anterior, se consolidará un informe que evidencie los resultados obtenidos de dicha evaluación, gestión de procesos y coordinación intersectorial, el cual será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, a efectos de que la ciudadanía pueda acceder a su contenido.

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, 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, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, los cuales garantizarán 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, desde los enfoques diferencial, de género y de derechos.

**Artículo 29. *Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.*** Deróguese el parágrafo primero del artículo 7° de la Ley 1438 de 2011 y 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 de acuerdo con la información consolidada y analizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.
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.
5. 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 lo cual se priorizarán grupos poblaciones en condición de vulnerabilidad, así como los territorios cobijados por los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).

**Parágrafo 2º.** 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 Ministerio de Salud y Protección Social ejercerá la secretaría técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública deberá sesionar al menos dos veces al año.

**Artículo 30. Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.** Los gobernadores y alcaldes conformarán la Comisión Intersectorial de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de esta ley, con los secretarios de sus gabinetes. Las comisiones intersectoriales revisarán la información territorial en el ámbito de su jurisdicción, incluyendo el análisis de situación de salud, para establecer los determinantes a intervenir; de igual forma analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS). Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación, seguimiento y monitoreo del Plan de Desarrollo Territorial 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 seis (6) 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; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación; el Director

de Planeación Nacional y un (1) representante de los gobiernos territoriales.

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

1. Trabajadores
2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud
3. Pacientes
4. Academia, facultades y escuelas de salud
5. Empresarios
6. 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. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) o más de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría simple.

**Parágrafo 1º.** El Gobierno nacional reglamentará el número de integrantes por cada estamento sin que el total supere los 15 integrantes, así como los mecanismos de elección y participación en este consejo. 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 2º.** 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 3º.** 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. Revisar 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. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en enero de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente ley.
6. Adoptar su propio reglamento.

**Parágrafo 1º.** 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 2º.** 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 los enfoques diferencial y género, 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, en coherencia con el Plan Decenal de Salud Pública de acuerdo con las particularidades de su territorio 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 y el seguimiento y monitoreo del Plan Decenal de Salud Pública definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con la Comisión Intersectorial Departamental, Distrital y Municipal de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública.

El Consejo Departamental, Distrital y municipal de Salud participará en la construcción del Plan Territorial de Salud con enfoque intersectorial, diferencial y participativo, así como el monitoreo y seguimiento trimestral de las actividades y recursos ejecutados, objetivos y metas alcanzadas.

Los informes trimestrales de monitoreo y seguimiento 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.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la operación de los Consejos Territoriales de Salud incluyendo la metodología e instrumentos necesarios para el monitoreo y seguimiento a los Planes Territoriales 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 Ministerio de Salud y Protección Social 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 de género, 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 garantizará visualizaciones para el acceso de los distintos agentes del sistema y los usuarios, a fin de que den cuenta de manera general y fácil comprensión de sus hallazgos, propendiendo por la optimización continua de la gestión administrativa, procesos y trámites; como de la atención integral en salud, entre las que se deberán fijar indicadores y metas de evaluación para la mejora progresiva en los tiempos de atención oportuna en los distintos niveles.
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 1º.** 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 2º.** 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 3º.** 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 número 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 1º.** El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

**Parágrafo 2º.** 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.

**Parágrafo 3º.** Los municipios que, al momento de expedida la presente ley, no cuenten con prestador público de servicios de salud del nivel municipal e identifiquen la necesidad de contar con uno, podrán crear una ISE por acuerdo del Concejo municipal, con el aval y acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

**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 1º.** 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 2º.** Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de Salud y las Secretarías de salud municipales 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 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 y priorizarán 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 1º.** Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.

**Parágrafo 2º.** Cuando la Institución de Salud del Estado (IES) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.

**Parágrafo 3º.** 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 4º.** 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 5º.** 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 registrarán por las leyes de la materia.

**Parágrafo 6º.** Se procurará la paridad de género en la conformación del Consejo Directivo.

**Parágrafo 7º.** Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto número 785 de 2005.

#### **Artículo 42. Negado.**

**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 su presentación.
3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.
4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado.

Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

1. El director de la Institución de Salud del Estado (ISE) del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación.
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 número 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 4ª 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. En ningún nivel territorial, la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud.

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.

**Artículo 46. Entidades de Salud del Estado Itinerante.** Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, zonas rurales, o de difícil acceso geográfico, operarán Entidades de Salud del Estado Itinerantes o atención ambulante del orden nacional, que prestarán atención básica, preventiva y especializada; las cuales deberán contar con equipos de última tecnología, suministros médicos, medicamentos, equipos de diagnóstico y personal de salud con experiencia en atención a personas en entornos ambulantes.

Las Entidades de Salud del Estado Itinerantes o de atención podrán operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares y de la policía nacional que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, además deberá promover el acompañamiento de los Organismos Internacionales Protegidos por Derecho Internacional Humanitario. La atención itinerante o ambulante se priorizará en los municipios vinculados al Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y las ZOMAC.

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.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social implementará los mecanismos para que en el marco de la operación de las Entidades de Salud del Estado Itinerantes, en articulación con ellas, se garantice el transporte multimodal “aéreo, marítimo, fluvial, terrestre” en departamentos fronterizos, insulares y de difícil acceso.

**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 los planes de inversión en infraestructura y dotación, en concordancia con los planes de desarrollo y ordenamiento territorial y podrán hacer ajustes a dichos planes por contingencias que ameriten una revisión y ajuste, previa verificación de la autoridad competente con observancia de los principios que rigen la contratación estatal. Este plan se financiará con recursos específicos de la ADRES, sin perjuicio de las demás fuentes de financiación con que cuenten los territorios.

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.

En un plazo máximo de seis meses (6) de expedida la siguiente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá hacer público el plan de fortalecimiento de la infraestructura en salud, en relación con el desarrollo e implementación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS); el cual deberá incluir los respectivos mecanismos de seguimiento, auditoría, veeduría de rendición de cuentas.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud en coordinación con las entidades territoriales de salud, deberán presentar un informe anual sobre la necesidad de inversión en infraestructura, equipamiento y dotación en salud, con el fin de alcanzar la capacidad necesaria para garantizar la prestación de los servicios en salud en los territorios.

El presente informe constituirá insumo para la construcción del proyecto de Presupuesto General de la Nación el cual es presentado anualmente ante el Congreso de la República.

### 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, más aquellas que se le imponen en el periodo de transición previsto en la presente ley.

Aquellas EPS que cumplan los requisitos de habilitación 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. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las EPS deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de EGVs, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Durante el periodo de tiempo que permanezca como EPS, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de las ADRES, la implementación del giro directo.
4. Se organizarán progresivamente por territorios para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en 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.
5. 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 con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en

vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las RIISS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud 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, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el *Paz y salvo* de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
7. Antes de cumplir los dos años de transición previstos en esta ley, 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.
8. 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.
9. 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 garantizar la continuidad del servicio de salud a 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 1º.** 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 2º.** 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 el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical.

**Parágrafo 3º.** 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 legales y normativas 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. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; 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 o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo 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 articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud 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.
  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 presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, 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.

En este caso deberá presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a 48 meses contados a partir de la radicación del plan de retiro o al vencimiento de los 60 días previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los profesionales de la salud con independencia de la forma de vinculación.

**Parágrafo 1º.** 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.

**Parágrafo 2º.** Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud.

**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 públicas 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 del cumplimiento 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 asignado para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano adscrita a los CAPS a los cuales la Gestora garantiza la atención, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto. Además, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados en la población asignada 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.

#### 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. Dichos recursos estarán destinados 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 imprescriptibles e inembargables, de naturaleza pública 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, según sus competencias, y también estarán sometidos al control social.

**Artículo 56. Cotizaciones y Aportes.** Las 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 en salud.

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; así como los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. También son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.

Las cotizaciones constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal, y 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 uno punto cinco (1,5) de las cotizaciones de los cotizantes de los regímenes exceptuados y especiales. Los dineros provenientes del recaudo de las cotizaciones en salud 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 en salud 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 por parte 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.
6. Realizar el análisis de los recursos gestionados 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 financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
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, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas, entre otros procesos. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública Ley 80 de 1993. Los recursos del sistema destinados a garantizar los servicios de salud seguirán siendo administrados bajo el régimen privado.
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, 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 pisos y techos.
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.
21. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las validaciones que realicen las Gestoras de Salud y Vida para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.
22. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, talento humano en salud y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.

**Parágrafo 1º.** Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en conjunto con la ADRES, reglamentarán y definirán el Plan de Inversiones necesario para el fortalecimiento de la Administradora con el fin de que pueda desarrollar las funciones asignadas.

**Parágrafo 2º. *Gobierno Corporativo y Rendición de Cuentas.*** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES. La ADRES deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a las funciones de este artículo, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo 3º.** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará y definirá junto con la ADRES el plan de inversiones necesario para garantizar que, en plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la ADRES cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.

**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 prehospitolaria 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 Único Público de Salud.** Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Único Público 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 de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
4. El financiamiento de los programas de formación e investigación 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 entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.
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.
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, los CAPS y las gestoras de salud y vida.
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.

**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.

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, priorizando los departamentos que presenten altos índices de pobreza multidimensional.

**Parágrafo.** Para los pacientes que por condiciones de salud son trasladados y/o remitidos fuera de su lugar de residencia y que, debido a su situación de salud, fallecen, el Gobierno nacional determinará la forma en que serán asumidos los servicios del transporte para el traslado del cadáver, responsable y fuente de financiación; con el fin de que retorne a su lugar de origen (población indígena, negra, raizal, estrato 1) que no tengan pago servicio funerario.

**Artículo 68. Nivel Regional.** La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará atendiendo los Territorios de Gestión de Salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de forma que, dentro 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. Los departamentos y distritos deberán tener en cuenta en sus agrupaciones el criterio de cooperación con los municipios con mayores índices de pobreza multidimensional.

**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 establecerá tarifas diferenciales por regiones y 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.

La ADRES 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. El Sistema Público unificado e Interoperable de información en Salud (SPUIS) contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas, en tiempo real.

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.

Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías de las facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas de Salud, que certificarán ante la ADRES el cumplimiento para el pago.

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, el cual pagará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, y el pago del porcentaje restante estará sujeto a la revisión y auditoría de las cuentas, cuyo pago, si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, no deberá superar los 90 días calendario contados a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría.

**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.

Las mujeres y personas gestantes no cotizantes recibirán prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable; esta prestación alcanzará, de manera progresiva, el mismo tiempo estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.

El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soportes realizado por las Gestoras de Salud y Vida no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la ADRES realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.

**Parágrafo 1º.** El Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES reglamentarán el aumento progresivo de semanas hasta alcanzar el tiempo máximo estipulado en el 2026.

**Parágrafo 2º.** El sistema de salud deberá garantizar el adecuado control prenatal a todas las mujeres y personas gestantes, eliminando las barreras de acceso a los servicios y procurando la corresponsabilidad de las mismas para la protección de la vida y la salud.

**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 de Salud 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.

**Parágrafo.** Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud, así como el financiamiento de los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de departamentos y distritos, lo que deberá incluir el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública y el proceso gradual de formalización laboral en las direcciones territoriales de salud de estas entidades, 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 con las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente, con vigencias futuras acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En todos los casos se garantizará el pago de la remuneración al talento humano en salud que los prestadores adeuden con los profesionales sanitarios al momento de la cancelación de las deudas, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

#### TÍTULO V

#### SISTEMA PÚBLICO UNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD

**Artículo 76. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.** Se estructurará a partir de los sistemas de información disponibles, y desarrollando los necesarios con que no se cuenta, para integrar 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 por etapas, en armonía con los avances en temas de conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, y de manera conjunta con el sector salud, garantizando su implementación progresiva e interoperabilidad.

**Parágrafo.** El SPUIS se desarrollará en armonía y sin perjuicio de los avances técnicos y normativos en materia de interoperabilidad de sistemas de información e historia clínica electrónica, para garantizar acceso integral efectivo y eficiente a los servicios y trámites en salud para pacientes, instituciones de salud y talento humano en salud.

#### **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 y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia, 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 y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de Colombia, en coordinación con los demás actores del Sistema de Salud. Dentro de los criterios de accesibilidad se deberá garantizar acceso autónomo e independiente de las personas con discapacidad, principalmente de aquellas con discapacidad sensorial e intelectual.

**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, siempre y cuando sea en el cumplimiento de sus funciones.

#### **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 de 2015.

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 interoperable 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 con enfoque diferencial y de género.

**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 SPUIIS. 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 resolutoria del nivel primario y de los programas de prevención secundaria.

Para fortalecer la conectividad a la Atención Primaria en Salud en zonas rurales y dispersas, el

Ministerio de las TIC, con el trabajo mancomunado de las alcaldías municipales, tendrán 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.

## TÍTULO VI

### PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

**Artículo 82. Eliminado.**

**Artículo 83.** Ámbito de participación ciudadana y social. La participación, como principio fundante y vinculante de la Constitución Política de 1991, podrá ser ejercida por las personas y las comunidades en los siguientes ámbitos:

1. En los procesos cotidianos de Atención Primaria en Salud (APS). Todos los agentes del sistema de salud desarrollarán procesos y procedimientos que garanticen el derecho al libre consentimiento informado en materia de salud, como una expresión de la autonomía de la voluntad.
2. En la exigibilidad del derecho a la salud: siendo la salud un derecho fundamental, será obligación de todos los agentes en salud, disponer de mecanismos suficientes y eficaces, al alcance de las personas, que canalice la debida atención en salud.
3. Participación en políticas públicas en salud: dentro del sistema de salud se desarrollarán mecanismos para garantizar la participación activa, vinculante y efectiva de las personas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud y seguridad pública social.
4. Consulta previa a comunidades étnicas: Por mandato de la Ley 21 de 1991 y la



Constitución Política de 1991, se tendrá que garantizar a las comunidades étnicas, en todo lo referente a salud, sus políticas diferenciales y su desarrollo intercultural, el derecho al consentimiento, previo, libre e informado.

5. En la Inspección, Vigilancia y Control: por reglamento del Ministerio de Salud, se conformará una red de control social sobre los agentes del sistema de salud, en articulación con los distintos niveles territoriales, con los entes control, con las veedurías y con la Superintendencia de Salud. Este derecho lo tendrán todos los ciudadanos y comunidades en igualdad de condiciones. Todo lo anterior sin desmedro de las competencias y funciones de vigilancia y control asignadas a las diferentes entidades por la ley.

El Ministerio de Salud y Protección social adecuará institucionalmente y en el marco del sistema de salud estos mecanismos de participación, incluyendo el procedimiento para su vinculación 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 de las funciones y responsabilidades de todos los actores del sistema de 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 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 las 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 protección 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.

El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control se desarrollará en el marco de la Ley 1966 de 2019, o la que la sustituya.

**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:

1. Financiamiento y administración. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sistema de salud, para contribuir a la sostenibilidad financiera
2. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el sistema de salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del sistema de salud; y en la efectividad de la promoción y desarrollo de los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.
4. Acciones y medidas especiales. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención

forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del sistema de salud.

5. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.
6. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios del sistema de salud, así como el cumplimiento de las normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del sistema de salud y sus formas de operación y la correcta aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.
7. Fomento y promoción de transparencia en el sector salud, el objetivo es promover pactos por la transparencia en el manejo de los recursos del sector salud, en todos los actores del sistema de salud, así como generar un Índice de transparencia, que mida condiciones objetivas que favorecen transparencia y controlan riesgos de corrupción.

**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:

1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud.
2. Exigir la observancia a los actores del sistema de salud de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud.
3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.
4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.
5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.
6. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.
7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud.
8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud.
9. 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, 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 evidencie la vulneración de dichos principios.

3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.
4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.
5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico-paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.
6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.
7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.
8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses un código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.
9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.
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.
17. Diseñar e implementar un modelo de gestión y control integral de los riesgos financieros del Sistema de Salud.

**Parágrafo 1º.** Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.

**Parágrafo 2º.** Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamental 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. Negado.**

**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 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 1755 de 2015. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.

## TÍTULO VIII

## POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

**Artículo 95. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.** Los Ministerios de Salud y Protección Social y Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud formularán cada cinco (5) años, la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.

El Comité del Fondo de Investigación en Salud (FIS), integrado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá las prioridades en investigación, desarrollo tecnológico e innovación y la destinación de los recursos provenientes del FIS, en el marco de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación, según las especificidades territoriales, que tendrán como propósito único la financiación de mecanismos de investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud.

El monto anual de recursos provenientes del Fondo Único Público para la Salud, destinados para investigación del Ministerio de Salud y Protección Social, complementado con recursos territoriales, será destinado a la financiación de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación de prioridades de especial interés en salud, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 96. Eliminado.**

**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 Asesor Técnico Científico.

El Objetivo del Comité Técnico Científico es orientar la implementación, seguimiento y evaluación de las tecnologías en salud y recomendar al Ministerio de Salud y Protección Social las acciones a desarrollar en materia de gestión de tecnologías aplicables en salud, desde su investigación y desarrollo, regulación, inversión y desinversión.

El Comité será conformado por 5 profesionales con idoneidad debidamente demostrada en la materia. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y su funcionamiento.

**Parágrafo.** Los gastos de funcionamiento e inversión del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) serán cubiertos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual deberá destinar y transferir los recursos necesarios de su presupuesto.

**Artículo 98. Eliminado.**

**Artículo 99. Sistema de monitoreo de abastecimiento oportuno de tecnologías en salud.** Los integrantes de la cadena 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. La omisión del reporte de información ocasionará sanciones por la autoridad competente.

**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. Racionalización 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) deberá 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, la cual debe ser de una entidad oficial y el Invima confirmara la autenticidad, alcance 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. La veracidad de esta traducción será también responsabilidad del aportante.

**Artículo 102. Alivio de intereses por sanciones impuestas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).** Las personas que, al 30 de septiembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) se les brindará alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

1. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.
2. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.
3. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.
4. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

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, comunitario, territorial, diferencial y de género.

2. Generación de incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales, urbanas y dispersas, con el propósito de reducir las brechas en salud en el marco de la garantía del derecho fundamental e incrementar la disponibilidad del talento humano en salud.
3. Brindar estímulos para la formación de las profesiones y ocupaciones del área de la salud priorizadas.
4. Establecer el mecanismo para el ingreso a los posgrados del área de la salud en condiciones de competencia, transparencia y equidad.
5. Establecer los criterios para la relación docencia servicio y cupos para los escenarios de práctica formativa.
6. Las condiciones de calidad para la oferta de las acciones y la formulación de planes institucionales de formación continua.
7. 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 se articulará con 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 para su realización.

#### TÍTULO IX

##### POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD

**Artículo 104. Examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico-quirúrgicas.** Para el acceso a los programas de especialización médico-quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico-quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las Instituciones de Educación Superior definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.

Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional podrán definir la realización de este examen único nacional habilitante para otros programas de posgrados clínicos en salud.

**Artículo 105. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual de profesionales de salud, en áreas médico-quirúrgicas y de salud pública.** Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud y especialistas médico-quirúrgicas, posgrados en salud pública, el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos que se distribuirá en el caso de pregrado en las instituciones de educación superior pública que aumentan los cupos en programas de salud y en el caso de posgrado entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud.

**Parágrafo 1º.** 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 pregraduales, posgraduales de salud pública para el país. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios PDET y Zomac, y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

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

**Parágrafo 3º.** Para la financiación de las becas y estímulos 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 de Salud del Estado (ISE) brindarán prelación a las Instituciones de Educación Superior 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 contraprestación económica alguna.

Se garantizará un mínimo de cupos para estudiantes de instituciones de educación superior privadas, según las necesidades de formación.

#### TÍTULO X

##### RÉGIMEN 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 establecerá 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.

El régimen laboral especial para los servidores públicos de las instituciones de salud del Estado no estará sujeto a los límites que en materia salarial establecen las Leyes 4ª de 1992 y 617 de 2000.

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, 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, los departamentos con mayores índices de pobreza multidimensional y los municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial, 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.

**Parágrafo.** Todos los trabajadores tendrán derecho a una remuneración oportuna. Se entenderá por remuneración oportuna aquella que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, siempre y cuando la ADRES haya cumplido con el giro correspondiente.

**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, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas.
  - 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 y el impacto en salud mental, 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 1º.** 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 2º.** 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, garantizaran 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. 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, mixtas 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, cuidado de la salud mental 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 suscritos 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.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del Servicio Social Obligatorio y Médicos Residentes en materia de salud mental y acompañamiento psicoemocional, garantías de protección de la vida e integridad del profesional para el ejercicio de su labor y acceso meritocrático a las plazas en los términos dispuestos en la Ley 1150 de 2007 y en la Ley 1917 de 2018.

## TÍTULO XI

### AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN

**Artículo 113. Eliminado.**

**Artículo 114. Eliminado.**

**Artículo 115. Eliminado.**

**Artículo 116. Comité de Autorregulación Profesional.** Las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas de servicios de salud contarán con un Comité de Autorregulación Profesional, que tendrá como función analizar las políticas acerca de la utilización ética, racional y eficiente de procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías en salud, con



pleno respeto de la autonomía profesional y del derecho a la objeción de conciencia, a cuyo efecto podrá consultar con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), conforme a lo estipulado en el Ley 1438 de 2011.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la reglamentación sobre la integración y operación del Comité de Autorregulación Profesional, observando la participación de pares profesionales.

Las reuniones del comité de autorregulación profesional de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por los profesionales o especialistas para ejercer autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones clínicas, estarán sujetas a reglamentación sobre su alcance y susceptibles a inspección, vigilancia y control con el fin de respetar la autonomía profesional y el derecho a la objeción de conciencia.

La Superintendencia Nacional de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Profesional y a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, conforme a sus competencias, vigilarán el cumplimiento de estas disposiciones y podrán en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia.

En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo.

**Artículo 117. Procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud.** En desarrollo de lo previsto en el artículo 16 de la Ley 1751 de 2015 y teniendo en cuenta los principios de celeridad, eficiencia, imparcialidad racionalidad científica y *pro homine*, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de manera ágil y oportuna, en caso de desacuerdo, conflicto o discrepancia sobre el diagnóstico y/o la alternativa terapéutica que haya previsto el o la profesional de la salud tratante, se acudirá al procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud que se regula en esta ley. Este procedimiento tiene por fin proteger la salud del o la paciente y estará orientado a respetar el derecho de este y de su familia a ser debidamente informados y a consentir sobre el tratamiento a seguir, así como el respeto a la autonomía profesional. En el procedimiento para resolución de conflictos por parte de profesionales de la salud, dentro término máximo de siete (7) días calendario, contados a partir del origen de la discrepancia, desacuerdo o conflicto, se surtirán las siguientes etapas:

1. Inmediatamente se produzca la discrepancia en torno al diagnóstico o la alternativa terapéutica, el o la profesional de la salud tratante remitirá la misma a la Junta de Profesionales de la Salud del prestador o de la red de prestadores, según el caso, constituidos teniendo en cuenta los códigos deontológicos de cada profesión. Para estos efectos, se entiende Junta de Profesionales a la concurrencia de dos o más profesionales o especialistas en el área.
2. Ante dicha instancia, el profesional de la salud tratante deberá aportar los elementos científicos que justifiquen el diagnóstico y/o la alternativa terapéutica a la luz de las especificidades del caso concreto y de la evidencia científica disponible. De haberse apartado de los criterios profesionales colectivamente aceptados, el profesional de la salud tratante deberá justificar, de manera clara, las razones por las cuales dichos criterios no son pertinentes para procurar la mejor atención del o la paciente.
3. En caso de que la instancia esté de acuerdo con lo ordenado por el o la profesional de la salud tratante, bastará con que imparta su aprobación. Para tal fin, adoptará una decisión vinculante, la cual será comunicada a la entidad responsable de prestar el bien o servicio de salud prescrito.
4. En el evento de que la instancia esté en desacuerdo, deberá señalar las razones específicas por las cuales lo ordenado no es lo más aconsejable para el paciente en el caso concreto, así como indicar la opción adecuada y le advertirá al profesional de la salud tratante los riesgos derivados del tratamiento prescrito. Dicha opinión será comunicada al o la paciente, sus representantes y a la entidad responsable de la prestación.
5. En el caso de desacuerdo, el o la profesional de la salud tratante deberá informar al o la paciente o a sus familiares, en caso de que este no esté en capacidad de decidir por sí mismo, los resultados de la opinión de la instancia de profesionales de la salud y las causas de rechazo, así como consultar de nuevo su opinión y respetar su derecho a decidir sobre su salud. En esta decisión el profesional de la salud tratante deberá ser claro y en un lenguaje entendible por el paciente o su familia, las implicaciones del diagnóstico, expresar las ventajas o desventajas del tratamiento o alternativa terapéutica, los riesgos que se corren y las posibilidades de que este tenga éxito.

Con base en lo anterior, el o la profesional de la salud tratante, en desarrollo de su autonomía, podrá mantener el diagnóstico o la alternativa terapéutica que haya ordenado o adoptar la

sugerida por la instancia. En todo caso, se respetará el consentimiento del o la paciente.

6. En caso de que la solicitud no se responda dentro de ese término, se entenderá resuelta la discrepancia en los términos indicados por el o la profesional de la salud tratante.

**Parágrafo 1°.** El presente procedimiento que se adopta mediante la presente ley deberá tener en cuenta el grado de urgencia de la situación objeto de estudio, el tipo de procedimientos ordenados por el profesional de la salud tratante y su relación con el mejoramiento de la salud de la persona y su especial protección, en los términos del artículo 11 de la Ley 1751 de 2015.

**Parágrafo 2°.** En desarrollo del elemento de aceptabilidad del derecho fundamental a la salud, este procedimiento deberá tener en cuenta las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, asumiendo sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud.

**Parágrafo 3°.** Dicho procedimiento no se aplicará en los casos en que el diagnóstico y/o terapia de recuperación puede generar o se advierta un riesgo para la vida o integridad del o la paciente, de acuerdo con lo que señale el o la profesional tratante.

**Artículo 118. Eliminado.**

**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 la compulsión de copias 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.

De conformidad a la Ley 23 de 1981, los comités de ética deberán trasladar a los Tribunales de Ética los procesos disciplinarios ético-profesionales que se presenten por razón de quejas relativas al ejercicio de la medicina en Colombia en segunda instancia.

**Parágrafo.** Con el fin de fortalecer y fomentar las buenas prácticas en las áreas de la salud, las autoridades competentes deberán promover la creación de comités de ética para las diferentes profesiones de la salud que no cuentan con los mismos.

## 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, y los de la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol, en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

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 y la ley 1443 de 2011 y demás normas que los modifique, adicionen o sustituyan.

**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 número 1372 de 2018 y Decreto número 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 la adecuación en materia 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.** En las zonas rurales y zonas rurales dispersas del país se garantizará la implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), incluyendo además en sus priorizaciones a las subregiones y municipios de los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), las Zonas más afectadas por el Conflicto Armado de Colombia (ZOMAC) y las Regiones Paz en concordancia con la Ley 2272 de 2022 y demás disposiciones. El propósito de dicho Plan será reducir las brechas urbano-rurales en el acceso, la prevención y la atención en salud.

El Gobierno nacional deberá formular el Plan de manera participativa con las organizaciones campesinas, de mujeres, 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 número 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, diferencial y de género, entre otros aspectos de la presente ley que permitan la formulación y gestión del Plan Nacional de Salud Rural.

**Parágrafo 1º.** 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 2º.** 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 al 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 3º.** 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.
4. Salud para los menores de edad residentes rurales.

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

**Parágrafo 5º.** Para cubrir la demanda de atención integral en salud en el sector rural, el Gobierno nacional podrá desarrollar estrategias con organismos de cooperación internacional y con el sector no lucrativo.

## 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 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. 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, los niños, las personas 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 deberán 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, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

**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. Eliminado.**

**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 1º.** 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.

**Parágrafo 2º.** Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria Integral en Salud.

**Parágrafo 3º.** Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.

**Artículo 131. Acuerdos de Voluntades.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 12 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud 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 1º.** 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 2º.** Los profesionales del área de la salud, actividad física, deporte y/o recreación o afines 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 3º.** 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 4º.** 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. Así como medir los resultados e impacto en salud en los grupos y poblaciones participantes.

**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, todo esto con el propósito de crear procedimientos y procesos ágiles, eficientes que den respuesta a la totalidad de las solicitudes ciudadanas. Además, se llevará a cabo una reestructuración de la entidad guiada por principios de innovación pública para lograr la agilidad, transparencia y modernización del Invima. Esta reestructuración deberá contar con el asesoramiento del Departamento Nacional de Planeación, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

La transformación deberá incluir el fortalecimiento del recurso humano y tecnológico, la ciberseguridad y la optimización de procesos y trámites. En particular, los registros sanitarios otorgados deberán pasar una vigencia indefinida con vigilancia periódica y permanente respondiendo al nivel de riesgo que implique. Así mismo, las modificaciones de registro sanitario que no intervengan con la calidad y seguridad del producto deberán ser automáticas. Para los medicamentos de venta libre y entendiendo su bajo nivel de riesgo, la publicidad deberá pasar de la aprobación previa al control posterior con vigilancia en el mercado.

El fabricante de alimentos, bebidas y bebidas alcohólicas para consumo humano realizará el Registro sanitario ante el Invima, el cual será automático y suficiente para iniciar la fabricación y comercialización de estos. El Invima realizará la Inspección, Vigilancia y Control Sanitario con enfoque de riesgo.

El Invima contará con un sistema de información que fortalezca las acciones de Inspección, vigilancia y control sanitario.

**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 en cuidadores o asistentes personales.** 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. Mecanismos de información para personas en condición de discapacidad.** 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. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** A las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e IPS privadas o mixtas, se les concederán créditos blandos con tasas compensadas, según los requisitos que para ello establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Administradora de los Recursos de Salud (ADRES) y la Financiera de Desarrollo Territorial S. A. Findeter que les facilite el saneamiento de sus finanzas y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.

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

  
ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN  
Coordinador Ponente

  
MARTHA LISBETH ALFONSO JURADO  
Coordinadora Ponente

GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS  
Coordinador Ponente

GERARDO YEPES CARO  
Coordinador Ponente

  
GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ  
Ponente

  
JUAN CARLOS VARGAS SOLER  
Ponente

CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES  
Ponente


JUAN FELIPE CORZO ÁLVAREZ  
Ponente

BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO  
Ponente

Bogotá, D. C., diciembre 12 de 2023.

En Sesiones Plenarias Ordinarias de los días 5 y 19 de septiembre; 9 y 10 de octubre; 7, 14, 15, 23, 28, 29 y 30 de noviembre; 4 y 5 de diciembre de 2023, fue aprobado en Segundo Debate, con modificaciones, el Texto Definitivo del **Proyecto de Ley número 339 de 2023 Cámara, acumulado con los Proyectos de Ley número 340 de 2023 Cámara, Proyecto de Ley número 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.** Esto con el fin, que el citado proyecto siga su curso legal y reglamentario, de conformidad con lo establecido en el artículo 183 de la Ley 5ª de 1992.

Lo anterior, según consta en las Actas de Sesiones Plenarias Ordinarias números 083, 087, 092, 093, 097, 099, 100, 102, 103, 104, 105, 106 y 107, de septiembre 5 y 19; octubre 9 y 10; noviembre 7, 14, 15, 23, 28, 29 y 30; diciembre 4 y 5 de 2023, previo su anuncio en Sesiones Plenarias Ordinarias de 30 de agosto; 13 de septiembre; 4 y 9 de octubre; 1º, 8, 14, 22, 23, 28, 29, 30 de noviembre y 4 de diciembre de 2023, correspondiente a las Actas números 082, 086, 091, 092, 096, 098, 099, 101, 102, 103, 104, 105 y 106.

  
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA  
Secretario General