

PROPUESTA MODIFICATORIA AL
PROYECTO DE LEY 339 DE 2023
*“POR MEDIO DEL CUAL SE
TRANSFORMA EL SISTEMA DE
SALUD Y SE DICTAN OTRAS
DISPOSICIONES”*



Proyecto de Ley No _____

“Por medio de la cual se establecen medidas para la eficiencia estructural del Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1°. Objeto. Por medio de la presente ley se establecen disposiciones tendientes a fortalecer el Sistema de salud, fundamentado en un Aseguramiento Social en Salud y en las estrategias Atención Primaria en Salud y redes integrales e integradas de salud como medio para avanzar hacia la cobertura y el acceso universal a la salud, para lograr el desarrollo de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Para efectos de lo anterior, se fortalecerá de la gobernanza y la rectoría del Sistema de Salud; la atención primaria en salud, la investigación y la innovación en salud, el aseguramiento efectivo, la organización de la prestación de servicios de salud integrados y centrados en las personas, familias y comunidades; la formación continua y distribución adecuada del talento humano para la salud, el desarrollo de mecanismos financieros eficientes y equitativos, la protección financiera, la calidad de la atención en salud, el fortalecimiento del sistema de inspección, vigilancia y control, y la interoperabilidad de los sistemas de información.

ARTÍCULO 2°. Sistema de Salud. En armonía con el artículo 4° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud contiene al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud. En concordancia, el Estado gestionará los riesgos colectivos mediante la intervención de los determinantes sociales y los riesgos individuales mediante el Aseguramiento Social en Salud.

ARTÍCULO 3°. Definiciones.

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



3.2. Atención Territorial en Salud. Comprende el desarrollo e implementación del modelo de salud preventiva, predictiva y resolutive, el cual atiende las condiciones de los Territorios para la Gestión en Salud, que comienzan en el hogar, pasan por el barrio, la vereda y llegan a la totalidad de dicho territorio.

3.3. Atención Familiar en Salud. El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutive debe buscar conocer, atender y referenciar los lazos sanguíneos que unen a las personas, con el fin de identificar factores de riesgo general y genéticos que puedan ser causa de enfermedades, y realizar el seguimiento para predecir y prevenir su ocurrencia o hacer detección temprana, con el fin de ofrecer tratamiento oportuno y mitigar sus efectos dañinos.

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

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

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

3.7. Salud Preventiva. Son todas las actividades que realiza el Sistema de Salud con el objetivo de atender los determinantes sociales y los factores biológicos que pueden producir enfermedad para promover hábitos de vida saludable y la cultura del autocuidado de salud.

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



3.9. Salud Resolutiva. Son todas las decisiones sobre bienes y servicios que toma el sistema de salud para atender de manera oportuna y efectiva a las personas enfermas a fin de restablecerles la salud, respetando la autonomía de cada paciente y la dignidad humana.

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

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

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

3.13 Territorio. Es la agrupación de unidades geográficas espacialmente contiguas que comparten características socioeconómicas y culturales pero que son heterogéneas y diferenciadas en sus relaciones funcionales y complementarias en cuanto a sus capacidades. En una escala superior al nivel municipal, distrital y departamental, la agrupación de varias subregiones se denomina territorio.

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

3.15. Territorios focalizados. Las Direcciones Territoriales de Salud podrán, definir territorios focalizados o subdivisiones internas del territorio de su jurisdicción, para responder a las necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según las necesidades, propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud



y realizar el trabajo intersectorial conforme a los determinantes sociales para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud.

CAPÍTULO III GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA

ARTÍCULO 4°. Gobernanza y Rectoría del Sistema de Salud. La gobernanza y rectoría del Sistema estará en cabeza del Ministerio de salud y protección social, quien orientará a los actores para el logro de la garantía del acceso efectivo de servicios de salud, al buen desempeño del sistema y sus agentes, la transparencia y el buen uso de los recursos públicos y, en conjunto con los demás sectores, el goce efectivo del derecho fundamental a la Salud de toda la población.

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

ARTÍCULO 5°. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Créese el Consejo Nacional de Salud, como órgano asesor del Gobierno Nacional en materia de salud, siendo un espacio de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y cuya función será emitir recomendaciones a los diferentes sectores del Gobierno Nacional para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

El CNSSS estará presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social y estará conformado por 15 representantes del Estado, las empresas del sector, la academia y la sociedad civil y organizada, así:

- 5.1. El ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
- 5.2. El ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
- 5.3. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.
- 5.4. Dos (2) representantes de las Direcciones Territoriales de Salud: Un representante de las Direcciones Departamentales o Distritales y un representante de las Direcciones Municipales de Salud, designado entre ellos mismos por el mecanismo que definan.
- 5.5. Dos (2) representantes de las Entidades Gestoras de Salud y Vida: Un representante de las EGS públicas y mixtas y una EGS privadas designado ambas por las agrupaciones, agremiaciones y asociaciones que las congregate.
- 5.6. Dos (2) representantes de los Prestadores de servicios y Proveedores de Tecnologías en Salud; Un (1) representante de las IPS públicas y mixtas, designado



por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen y un (1) representante de los Prestadores de servicios y Proveedores de Tecnologías en Salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.

5.7. Un (1) representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.

5.8. Dos (2) representantes de los usuarios del Sistema: Un representante designado por las asociaciones de Pacientes y un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.

5.9. Un (1) representantes de comunidades étnicas: elegidos entre los pueblos indígenas, las comunidades afrocolombianas y la comunidad ROM.

5.10. Dos (2) representantes de la academia; Un representante que será escogido por la Academia Nacional de Medicina y un representante de la terna enviada por los colegios, sociedades científicas y facultades de Ciencias de la Salud.

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

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

Parágrafo 3. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en su primera sesión adoptará su propio reglamento de funcionamiento, en el cual deberá definir, como mínimo, sus funciones, periodicidad de los consejeros y de la sesión, mecanismos de concertación entre otros.

Parágrafo 4. El CNSSSSS, podrán invitar a sus sesiones de acuerdo con los temas a desarrollar al Instituto Nacional de Salud - INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), el Instituto Nacional de Cancerología, la Cuenta de Alto Costo y terceros expertos con voz, pero sin voto.

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

ARTÍCULO 6°. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en salud tendrá las siguientes funciones:



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

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

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

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

ARTÍCULO 7°. Consejos Territoriales de Salud. Los Departamentos, Distritos y Municipios, conformarán los Consejos Territoriales de Salud, los cuales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o municipal.

ARTÍCULO 8°. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación de las personas y sus organizaciones sociales y civiles se ejercerán en los siguientes ámbitos:

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

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



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

ARTÍCULO 9°. Territorios para la gestión de la salud. Para garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo así una gestión en salud que fortalezca i) el diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial, ii) la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y iii) el cierre de brechas e inequidades en salud. Los agentes del Sistema de Salud desarrollarán sus funciones - desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en redes, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las distintas necesidades y problemas en salud de las personas y poblaciones que allí habitan.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los Territorios de Gestión de Salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basada en vecinos más cercanos entre municipios o distritos de distintas tipologías y iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales.

Parágrafo 2. Los Territorios de Gestión de Salud pueden acudir a esquemas asociativos territoriales.

ARTÍCULO 10°. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El gobierno nacional en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes:

10.1. Habilitación y Funcionamiento de los Agentes. Las Características mínimas para la operación de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Prestación de Servicios de Salud, el suministro de tecnologías de salud, tanto públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud. Así como, los indicadores relacionados con la rendición de cuentas por sus resultados clínicos, financieros de Salud y de gestión, como elementos para otorgarla y mantener la habilitación de operación.

10.2. 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, lo cual implica que las metodologías a través de las cuales se implementan se incluyen en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad.

10.3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Definirá los incentivos correctos en las relaciones y acuerdos de voluntades entre los distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el SICA formulará, monitoreará y evaluará los elementos que modularán dichas relaciones con una visión integral de sistema, enfoque diferencial territorial y social, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión, centrando las necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.

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

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

10.6. 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 General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), hacia niveles superiores o de excelencia. Para ello, podrá utilizarse el componente variable de la Unidad de Pago por Capitación.

10.7. Innovación Social en Salud. Desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud tanto de los individuos, familias, como sus comunidades, fomentando el trabajo conjunto del Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales, los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse. Este



componente promoverá el empoderamiento de las personas y las comunidades, propendiendo por la transformación de los procesos institucionales de los agentes intervinientes con base en evidencia.

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

CAPÍTULO IV ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SALUD PÚBLICA

ARTÍCULO 11°. De la rectoría de la salud pública. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, la cual garantizará el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis del estado de salud de la población, la promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad, 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 mixtos y la participación social en la salud.

ARTÍCULO 12°. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema, dentro de sus competencias, en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender los riesgos en salud.

La Nación y las Entidades Territoriales serán responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que son responsabilidad de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios -EAPB-, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, los prestadores de servicios de salud y la población.

Las Gestoras de salud y vida a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, se concentra en la gestión de los riesgos individuales, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema.

Las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL- deberán coordinar las acciones relacionados con los riesgos laborales de sus afiliados, con la EAPB a la cual se encuentren estos afiliados y con los demás actores.

Los prestadores de servicios de salud son responsables de prestar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de conformidad con los contratos celebrados con las EAPB y en lo colectivo, de conformidad con los contratos celebrados con las Entidades Territoriales.



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

ARTÍCULO 13°. Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria. El Sistema de Salud, en conjunto con los diferentes sectores sociales y sus Entidades, enfocará sus esfuerzos en la promoción de la salud y la prevención primaria, con un carácter resolutivo en el nivel primario de atención de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) y el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud.

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

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

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

ARTÍCULO 14°. Adscripción de la Población a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). En el marco de la operativización del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán realizar la adscripción de cada afiliado a su cargo a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) cercano a su lugar de residencia o de trabajo, al cual se le asignará un médico con enfoque familiar y comunitario. El afiliado podrá solicitar el cambio del Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su escogencia.

Parágrafo 1. Las cohortes de pacientes con condiciones de salud que requieran del manejo a cargo de un profesional de la salud en un nivel de mayor complejidad, serán



gestionadas en dichas instituciones prestadoras por sus respectivas Gestoras de Salud y Vida, coordinando su monitoreo o atenciones en sus respectivos CAPS.

ARTÍCULO 15°. Modelo Diferencial de Salud. El Aseguramiento Social en Salud y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión de la población, presencia de comunidades étnicas, reconocidas por el marco legal y normativo correspondiente, o alta prevalencia de personas con discapacidad, limitada oferta de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, deberá desarrollar modelos de atención diferenciados que se ajusten a dichas características territoriales. Estos modelos se construirán con una activa participación de las comunidades y se garantizará la sostenibilidad financiera del Sistema.

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

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

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

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

ARTÍCULO 16°. Acción Estatal frente a los Determinantes Sociales de la Salud. El Gobierno nacional en coordinación con los Ministros del gabinete, de manera prioritaria realizara acciones que incidirán positivamente sobre los Determinantes de la Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional Su financiamiento se planeará y ejecutará transversal en cada una de las entidades sectoriales.

ARTÍCULO 17°. De los Determinantes Sociales de la Salud. La gestión e intervención positiva sobre los determinantes sociales de la salud, se realizarán a partir de las acciones sectoriales, articuladas, coordinadas , planeados y presupuestadas de conformidad con el artículo 9 de la ley 1751 de 2015, son determinantes sociales de la salud los siguientes:



- 17.1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.
- 17.2. Seguridad alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición.
- 17.3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas.
- 17.4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas.
- 17.5. Medio ambiente sano.
- 17.6. Acceso al transporte.
- 17.7. Acceso a la educación y recreación.
- 17.8. Condiciones de vida digna.
- 17.9. Ausencia de cualquier tipo de discriminación.
- 17.10. Convivencia y solución de conflictos por vías pacíficas.

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

ARTÍCULO 18°. Comisión Nacional Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. La comisión Nacional Intersectorial para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud se orientará por el Plan Decenal de Salud Pública vigente

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

ARTÍCULO 19°. Funciones de la Comisión Nacional Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. La comisión nacional intersectorial para el abordaje de los determinantes de salud tendrá las siguientes funciones:

- 19.1. Establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud.
- 19.2. 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.
- 19.3. Evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizará el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento.



Parágrafo 1. El Gobierno Nacional, en los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley reglamentará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud de la cual deberá ejercer la Secretaria Técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud deberá sesionar al menos una vez al año.

Parágrafo 2. La Comisión intersectorial de orden nacional deberá informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, estas comisiones informaran a los municipios de su jurisdicción.

ARTÍCULO 20°. Comisiones Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes de la Salud. Los Gobernadores y Alcaldes Distritales y municipales conformarán la Comisión de Determinantes de Salud en el ámbito de su jurisdicción. Tales comisiones revisarán la información epidemiológica departamental que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), el Consejo Territorial de Salud y su Dirección Territorial de Salud para establecer los Determinantes a intervenir, analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Unificado e Interoperable de Salud.

Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo respectivo en los términos establecidos en los artículos 36°, 37° y 39° de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41° de la Ley 152 de 1994 y en las evaluaciones de los planes territoriales.

CAPÍTULO V ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD

ARTÍCULO 21°. Modelo Mixto de Aseguramiento Social en Salud. El Estado garantizará la atención integral en salud de toda la población a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la gestión de riesgos de salud y la gestión del riesgo financiero de las personas y la población, a través del arreglo institucional de agentes públicos, privados y mixtos. En las zonas de baja densidad poblacional, difícil acceso y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada el estado concurrirá con subsidio de oferta.

ARTÍCULO 22°. Régimen Único de Salud. El Gobierno Nacional unificará los Regímenes de Salud Contributivo y Subsidiado en un Régimen Único de Salud en el funcionamiento técnico, financiero y jurídico, dentro del primer (1) año de vigencia de la presente Ley.

Dentro del Régimen Único de Salud, las personas con capacidad de pago determinadas por el Gobierno Nacional, deberán contribuir al financiamiento del Sistema General de



Seguridad Social en Salud (SGSSS) y tendrán derecho a recibir prestaciones económicas derivadas del seguro de salud.

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

ARTÍCULO 23°. Plan Único de Beneficios en Salud. El Régimen Único de Salud contará con un Plan Único de Beneficios en Salud acorde con lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, adecuándola al desarrollo de la política tecnológica y de innovación en salud establecida en la presente Ley.

ARTÍCULO 24°. Libre elección de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tendrán derecho a elegir libremente la Entidad Gestora de Salud y Vida de su preferencia, dentro de la oferta disponible en el respectivo territorio de aseguramiento y podrán trasladarse en cualquier momento. Igualmente podrá elegir dentro de la oferta de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS), según su necesidad y dependiendo de la oferta de talento humano disponible, podrá elegir a su médico con enfoque familiar y comunitario.

Parágrafo. Bajo el principio de transparencia de la libre elección de Gestoras de Salud y Vida, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará para los usuarios un portal unificado de información que muestre el desempeño de las Gestoras de Salud en cada territorio.

ARTÍCULO 25°. Territorialización del Aseguramiento Social en Salud. Las Entidades Gestoras en Salud y Vida, podrán operar en uno o varios Territorios de Gestión en Salud, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual deberán contar con la capacidad institucional en cada uno de los municipios que pertenecen a dicho Territorio, de manera que garanticen la gestión individual del riesgo en salud y coordine las intervenciones con los responsables de la gestión de los riesgos poblacionales, colectivos, e individuales en salud y riesgos laborales.

En cada uno de los Territorios de Gestión de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deben garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios de salud, mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), conformadas de acuerdo con lo establecido en la presente Ley. Asimismo, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán impulsar el fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos y servicios extramurales, la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un instrumento técnico para determinar la cantidad y tamaño de las Entidades Gestoras de Salud y Vida que deben



operar en cada Territorio de Gestión en Salud, de conformidad con el número de afiliados en cada uno de ellos y las condiciones propias de dichos territorios.

Parágrafo. Para el caso de los Territorios de Gestión de Salud, Departamentos o subregiones departamentales, en donde exista alta dispersión poblacional, bajo desarrollo institucional o baja capacidad instalada, los servicios de salud podrán ser prestados por una única Entidad Gestora de Salud y Vida de naturaleza privada, mixta o pública, la cual será seleccionada mediante un proceso objetivo que será adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social coordinadamente con la dirección territorial de salud. En caso de no existir ningún proponente o de no poderse seleccionar una Entidad Gestora de Salud y Vida para operar en dichos territorios, el Estado podrá asumir directamente el aseguramiento de la población.

ARTÍCULO 26°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) deberán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS), las cuales podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.

Parágrafo 1. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán presentar un plan de reconocimiento de sus deudas con prestadores de servicios de salud privados y mixtos, proveedores de tecnologías en salud o farmacéuticos y demás acreencias que haya contraído por cualquier naturaleza. Para el caso de las acreencias con las Empresas Sociales del Estado, en la red pública hospitalaria, este plan deberá estar circunscrito a lo dispuesto por la presente Ley.

ARTÍCULO 27°. De la conformación de las juntas directivas de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida de naturaleza privada tendrán dentro de su junta directiva un (1) representante del Gobierno Nacional. Para el caso de aquellas públicas o mixtas, el número de representantes estará determinado por sus estatutos de conformación.

ARTÍCULO 28°. Funciones de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida serán entidades de naturaleza pública, privada o mixta encargadas de gestionar de forma inteligente e indelegable, los riesgos en salud y el riesgo financiero compartido de la población afiliada. El Estado delegará en estas entidades funciones públicas, sin perjuicio de las funciones de rectoría, supervisión, acompañamiento y control directo del Estado. Esta gestión comprende, entre otros elementos:

28.1. La caracterización periódica de los riesgos de enfermar y morir que tiene cada persona, familia y comunidad a su cargo, de acuerdo con el entorno donde habita e identificar las necesidades en salud y definir los grupos de riesgo de la población afiliada.



28.2. Determinar la demanda de servicios para la población a cargo y la capacidad de oferta instalada de prestación, suministro de servicios y tecnologías de salud del territorio y buscar su satisfacción a través de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS) en coordinación con las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, según lo dispuesto en la presente Ley

28.3. Gestionar el riesgo individual en salud de las personas a su cargo, en coordinación con las Direcciones territoriales de Salud que gestionan el riesgo colectivo.

28.4. Representar al afiliado a su cargo ante la institución prestadora de servicios de salud.

28.5. Promocionar el autocuidado, demanda inducida, búsqueda activa de casos sospechosos de condiciones en salud, y de aquella con diagnóstico confirmado de condiciones crónicas y mala adherencia a su seguimiento médico y las demás que sean necesarias de acuerdo con su estado de salud;

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

28.7. Garantizar las modalidades de prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para atender las necesidades de los afiliados a su cargo, con enfoque diferencial, adaptadas a los contexto socioeconómicos, culturales y sociales de las comunidades.

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

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

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

28.11. Concurrir en la gestión del riesgo financiero en salud de las personas y la población a su cargo, mediante su adecuada gestión del riesgo en salud, la eficiencia en la gestión operativa, la estructuración inteligente de acuerdos de voluntades con los prestadores de salud, gestores farmacéuticos y demás agentes



del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

28.12. Realizar rendición de cuentas públicas y transparentes a la comunidad y demás agentes del Sistema de Salud u organismos de control, según lo establezca el Ministerio de Salud y Protección Social o el marco legal vigente.

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

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

Parágrafo 1. La captura de datos para la caracterización de los riesgos poblacionales deberá contratarse con los Centros de Atención Primaria (CAPS) en donde el usuario está adscrito, cumpliendo con indicadores de cobertura y resultados, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA).

ARTÍCULO 29°. Habilitación de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. El Gobierno nacional establecerá los requisitos mínimos para operar el aseguramiento social en salud, que serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual emitirá la habilitación que autorizará su funcionamiento.

CAPÍTULO VII.

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

ARTÍCULO 30°. Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Con el propósito de lograr el acceso efectivo a servicios de salud por parte de todos los habitantes del territorio nacional, la equidad en salud y la resolutivez del Aseguramiento Social en Salud, las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIISS) deberán contar con un componente primario, el cual estará basado en Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en el marco del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, del que trata la presente Ley.

Parágrafo 1. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, bajo los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del proceso de Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), determinarán el número, la ubicación y las características de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos interdisciplinarios de atención primaria



en salud (EPAS) que deberán existir en los Territorios de Gestión de Salud. Todos los territorios tendrán un promotor designado para un determinado número de familias.

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

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con servicios habilitados de primer nivel de atención en salud, se constituirán como Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá las condiciones y características para la constitución de los CAPS, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

ARTÍCULO 31°. Atenciones de los Centros de Atención Primaria en salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en coordinación con los Equipos interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), deberán garantizar, como mínimo, los siguientes servicios:

31.1. Recolección de información para la caracterización de riesgos de salud individuales, familiares, poblacionales y comunitarios.

31.2. Consulta médica de urgencias y ambulatoria resolutive.

31.3. Gestión clínica del riesgo en salud para las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Riesgos Cardiovasculares y Metabólicos y de Riesgos Materno-Perinatales o aquellas que según la caracterización poblacional sean priorizadas.

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

ARTÍCULO 32°. Habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los criterios y estándares para la habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), con enfoque diferencial y territorial, atendiendo a las necesidades y condiciones socio-económicas y culturales particulares de cada territorio y sus comunidades.

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

ARTÍCULO 33°. Conformación y Funcionamiento de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS). Los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en salud (EPAS) estarán constituidos, como mínimo, por:

33.1. Un (1) promotor de la salud.

33.2. Un(a) (1) médico(a) general.



33.3. Un(a) (1) técnico o profesional en enfermería.

33.4. Un(a) (1) técnico(a) de saneamiento ambiental

Los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria (EPAS) estarán coordinados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en el componente primario de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIISS).

La función del promotor de la salud será, principalmente, la de recolección de datos de los riesgos de los individuos, sus familias y comunidades, hacer búsqueda activa de usuarios, realizar intervenciones básicas en salud y monitoreo de sus riesgos de salud y activar al resto del EPAS. Por su parte, el EPAS realizará intervenciones básicas en salud, principalmente aquellas contempladas en las Rutas Integrales de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Salud Materno-Perinatal.

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

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

Parágrafo 1. Todo el territorio nacional contará con promotores de salud, los cuales tendrán a cargo un número determinado de personas y familias, dentro del grupo poblacional adscrito a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). Por su parte, el(la) médico(a) general y el resto del equipo, tendrán a su cargo un grupo poblacional compuesto por varios subgrupos de personas y familias a cargo de los promotores. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá formular la reglamentación y lineamientos técnicos para la determinación de los grupos a cargo de los promotores y los EPAS y su operativización detallada dentro de los seis meses siguientes a la sanción de la presente Ley.

Parágrafo 2. La implementación progresiva de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), en el marco de la constitución de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se priorizará las zonas rurales con población dispersa y aquellos lugares donde existan brechas de desigualdad en salud.

ARTÍCULO 34°. Redes Integrales e Integradas de Prestación 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), las cuales se conformarán y gestionarán con criterios de racionalidad de los servicios y oportunidad de la atención, bajo los principios de accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia buscando una atención continua, integral y resolutive, permitiendo la participación ciudadana, comunitaria y social y la alineación con las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud.

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico y las prioridades del Plan Territorial de Salud, deben conformar las RIISS, articulando los servicios primarios y complementarios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los demás prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Las Entidades Gestoras de Salud y vida deben garantizarle a su población a cargo los servicios y tecnologías necesarios para atender sus riesgos en salud, mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), en los lugares donde sus afiliados a cargo habitan, estudian o trabajan, con sujeción a las normas que regulan la garantía de portabilidad, así como la totalidad de los servicios primarios en el nivel municipal y complementarios el nivel municipal o departamental. En caso de no contar con la totalidad de los servicios en el ámbito municipal por falta de oferta, deberá garantizarlo en los municipios inmediatamente contiguos, a excepción de los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los cuales deberán estar garantizados en todos municipios del país.

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

Parágrafo 2. Los servicios en materia de promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se garantizarán por las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) con la suficiencia técnica y administrativa necesarias.

ARTÍCULO 35°. Conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Todos los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) deberán pertenecer a una (RIISS) para poder ofertar servicios al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Un Prestador de Servicios podrá pertenecer a dos o más RIISS. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud estarán conformadas por los siguientes componentes, como mínimo:

35.1. Componente primario, a través de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y servicios de urgencias médicas y odontológicas.

35.2. Servicios especializados ambulatorios.

35.3. Servicios de hospitalización general o especializados, incluyendo hospitalización domiciliaria.



35.4. Servicios de rehabilitación y apoyo terapéutico.

35.5. Servicios de laboratorio y apoyo diagnóstico.

35.6. Laboratorios de salud pública.

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

Parágrafo 1. Las instituciones que conforman la Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán informar continuamente su actividad, presentar resultados clínicos de salud de la población a la que sirve, y rendir periódicamente cuentas al Estado y a la sociedad en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA) y de la eficiencia en el uso de los recursos de la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los lineamientos y el aplicativo para tal fin, las Entidades de gestoras de salud y vida mantendrán la información actualizada de las redes de atención en salud para sus afiliados.

Parágrafo 2. El componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, a través de los CAPS, estará en el ámbito municipal y rural. El componente de mediana y alta complejidad se desarrollará principalmente en el ámbito Departamental, dentro de los Territorios de Gestión de Salud. Excepcionalmente, en función de la disponibilidad del talento humano idóneo, las capacidades instaladas y la situación epidemiológica, los Territorios de Gestión de Salud podrán acordar la prestación de servicios complementarios sub-especializados en un Departamento continuo.

Parágrafo 3. Todos los componentes de las Redes Integrales de Servicios de Salud podrán ser prestados por instituciones públicas, privadas o mixtas. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) propenderá porque los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) sean de naturaleza pública, sobre todo en áreas rurales y dispersas.

ARTÍCULO 36°. Resultados en Salud en la gestión de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud deberán presentar resultados clínicos de salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA) .

ARTÍCULO 37°. Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios de Gestión de Salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.

ARTÍCULO 38°. Condiciones para la Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud se habilitarán para un Territorio de Gestión de Salud, por el Ministerio



de Salud y Protección Social fundamentado el aval que otorguen las respectivas direcciones Departamentales y Distritales que pertenezcan al territorio de gestión en salud, previa concertación de la conformación de las redes de servicios de salud de su jurisdicción en coordinación con las Entidades Gestoras de Salud y Vida,(EGVIS)

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

Parágrafo 2. Para la habilitación de las redes el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tendrá máximo un (1) año para actualizar y habilitar las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de las Entidades Gestoras de Salud y Vida para los Territorios de Gestión de Salud, y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, tendrán seis (6) meses para conformar las redes cada Entidad Gestora de Salud y Vida, a partir de la presentación de su propuesta de red.

ARTÍCULO 39°. Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud generarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), el cual estará bajo el marco del Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS).

El Sistema de Monitoreo de las RIISS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y prestarán especial atención a los siguientes componentes:

- 39.1. Seguimiento a cohortes de riesgo.
- 39.2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).
- 39.3. Efectividad de la Atención en Salud.
- 39.4. Cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud.

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

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



servicios hospitalarios o ambulatorios y constituirán una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

ARTÍCULO 41°. Objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.

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

ARTÍCULO 42°. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se agruparán por prestadores primarios y prestadores complementarios, y operarán en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), en los términos definidos en la presente ley.

Para determinar las tipologías y niveles de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se deberán tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

42.1. La relación geográfica entendida como la cercanía al lugar de residencia y los entornos de la población.

42.2. La caracterización epidemiológica de la población.

43.3. Los lineamientos de política de oferta de servicios específicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las estimaciones de demanda de requerimientos de la población.

43.4. El portafolio de servicios de salud.

43.5. El personal sanitario requerido.

43.6. Los costos de funcionamiento e inversión.

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

Parágrafo 2. Los Departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado (ISE) subregionales, creadas por ordenanza o acuerdo municipal, de acuerdo con el modelo de territorialización del Aseguramiento Social en Salud definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizadas en red integral. Los Departamentos que en la actualidad tienen hospitales públicos configurados en red, creados por ordenanzas, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el sistema de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).



Parágrafo 3. La creación de nuevas Instituciones de Salud del Estado (ISE) se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 44°. Régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se someterán al siguiente régimen jurídico:

44.1. En su denominación se incluirá la expresión " Instituciones de Salud del Estado (ISE)".

44.2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5° del Decreto 111 de 1996 a cuyo efecto las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas en esta materia a las Instituciones de Salud del Estado.

44.3. Podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales.

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

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

ARTÍCULO 45°. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se elaborará teniendo en cuenta:

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

45.2. El portafolio de servicios de acuerdo con la tipología y nivel.

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

45.4. 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.

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

ARTÍCULO 46°. Aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado de Mediana y Alta Complejidad. Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se deberá adelantar el siguiente trámite:



46.1. En el mes de julio de cada vigencia el director presentará la propuesta de presupuesto al Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

46.2. 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.

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

46.4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado (ISE) por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera previo análisis de conveniencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestarias.

46.5. Una vez aprobado, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado (ISE) para su ejecución.

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

ARTÍCULO 47°. Régimen de contratación de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de compras coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los mismos y facilitar el acceso de la población a estos. El Ministerio de Salud y Protección social, coordinará con Colombia compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado del nivel territorial.

ARTÍCULO 48°. Órganos de dirección y administración. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.

ARTÍCULO 49°. Integración del Consejo Directivo. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de orden territorial estará integrado de la siguiente manera:



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

49.2. El Secretario de Salud o Director de Salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

49.3. 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.

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

Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de los Consejos Directivos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) en más de dos ocasiones.

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

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

Parágrafo 4. Calidad de los miembros del Consejo Directivo. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia, entendiéndose que se hacen extensivas a las Instituciones Hospitalarias Estatales (ISE), las que correspondían a las Empresas Sociales del estado.

ARTÍCULO 50°. Requisitos para el cargo de director de Instituciones de Salud del Estado (ISE). Para el desempeño del cargo de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se deberán acreditar los siguientes requisitos:

50.1. Para ser director de Institución de Salud del Estado (ISE) de baja complejidad. Para el desempeño del cargo de director de Institución de Salud del Estado (ISE) de servicios de baja complejidad en salud, se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por la Ley 617 y la ley 136 de 1994, y demás normas que la modifiquen o adicionen.



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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 51°. Provisión del empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) del orden territorial se efectuará por la respectiva autoridad nominadora, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley.



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

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

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

ARTÍCULO 52°. Educación continua y actualización en administración hospitalaria.

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

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

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

ARTÍCULO 53°. Causales especiales de retiro del director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

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

ARTÍCULO 54°. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) del orden territorial. Para la aprobación del



plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:

54.1. 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.

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

54.3. 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.

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

ARTÍCULO 55°. Evaluación del plan de gestión del director de la Institución de Salud del Estado (ISE) del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

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

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

55.3. 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.

55.4. 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.

55.5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal obligada para el nominador de retiro del servicio del director, para lo cual el Consejo



Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firmeza del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley.

55.6. 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 56°. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

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

Los servidores públicos que tengan la calidad de empleados públicos se vincularán mediante nombramiento del director general y su régimen legal será el establecido por la Ley 909 de 2004 y las normas pertinentes y complementarias.

Los demás servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE y de las Instituciones mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, serán de régimen especial, quienes tendrán el carácter de trabajadores estatales de la salud y estarán sometidos al régimen laboral propio establecido en la presente ley.

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

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

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

56.3. En materia de la jornada laboral, los trabajadores estatales de la salud de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan; el Consejo Directivo señalará la manera como se dará cumplimiento a la jornada laboral en donde se



tendrá en cuenta la naturaleza del cargo o actividad, la intensidad horaria y su cumplimiento por áreas de servicio.

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 57°. Derechos de permanencia de los servidores en las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial al momento de entrada en vigencia de la presente ley conservarán el carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), momento en el cual continuarán laborando, sin solución de continuidad y sin que en ningún momento se desmejoren sus condiciones laborales.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales al momento de expedición de la presente ley, conservarán esta vinculación, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los mismos y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado (ISE).

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



al nuevo régimen, se computará para todos los efectos legales, con el tiempo servido en la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.

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

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

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

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

ARTÍCULO 58°. Sistema de Control Interno. Las Instituciones de Salud del Estado-ISE establecerán y aplicarán un sistema de control interno en los términos establecidos en la Constitución Política, en la Ley 87 de 1993, sus normas complementarias y las que defina el Consejo Directivo para su adecuado funcionamiento.

La designación del Jefe de la oficina de control interno se hará de conformidad con lo señalado por las Leyes 87 de 1993 y 1474 de 2011 y demás disposiciones que le modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTÍCULO 59°. Entidad de Salud del Estado Itinerante (Hospital Itinerante). Para las zonas alejadas y con población dispersa, alejadas de los centros urbanos, con densidad de población vulnerable y de difícil acceso operará la Entidad de Salud del Estado Itinerante bajo la figura de Hospital Itinerante, que presta atención básica y especializada; operará con el soporte logístico de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y de las Patrullas Aéreas Colombianas.

Los hospitales itinerantes, serán financiados por fondos provenientes de los fondos territoriales de salud y recursos del Fondo Nacional de Regalías; su programación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección social y se hará trimestralmente para garantizar la cobertura y seguimiento periódico de sus actividades en todo el territorio nacional.

Parágrafo. La participación de la sociedad civil en el Hospital Itinerante a través de los pilotos privados que integran las Patrullas Aéreas será reconocida por el Estado



colombiano mediante exención de parte de los impuestos correspondientes a cada aeronave inscrita que participe activamente en el programa.

CAPÍTULO VIII TALENTO HUMANO EN SALUD

ARTÍCULO 60°. Política Nacional de Talento Humano en Salud (THS). El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, actualizará de manera integral e iniciará la implementación completa de la Política Nacional de Talento Humano en salud, la cual debe incluir como mínimo:

60.1. Las directrices para que los modelos de educación, formal y continuada, del Talento Humano en Salud, se ajusten al desarrollo de competencias requeridas para garantizar en forma progresiva el derecho a la salud previsto en la Ley Estatutaria.

60.2. Establecer mecanismos de política pública para ajustar la oferta del THS a los cambios en la demanda de servicios de salud.

60.3. Determinar incentivos para el fortalecimiento de perfiles asistenciales en los territorios.

60.4. Establecer políticas de salud para reducir las brechas de THS capacitados y distribuidos de manera adecuada, para lograr la salud universal, de calidad y equitativa.

60.5. Limitación y eventualmente eliminar las relaciones laborales inestables y altamente intermediadas del THS.

60.6. Desarrollar modelos y programas de formación continuada del THS que garanticen el mantenimiento de la competencia del THS en el tiempo.

ARTÍCULO 61°. Necesidades estratégicas del talento humano en salud. En el marco de la Política Nacional de Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las necesidades estratégicas de THS para el país, cada cuatro años, las cuales deberán ser abordadas de forma armónica y coordinada con el Ministerio de Educación Nacional y demás Entidades que corresponda.

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

ARTÍCULO 62°. Observatorio de Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, adelantará la reorganización del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), de



manera que este se desarrolle como una iniciativa de cooperación entre varios sectores y organizaciones para mejorar las decisiones políticas en materia de THS, para el intercambio de información y desarrollo de capacidades para mejorar el desarrollo del personal sanitario. El OTHS deberá tener como principales funciones:

62.1. La consolidación de información sobre el THS

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

62.3. La identificación de las cuestiones clave de la política de THS

62.4. La revisión y perfeccionamiento de los sistemas de información y seguimiento del THS, incluidos los indicadores clave y los métodos para compartir datos

62.5. 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 e 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 63°. Incentivos para la suficiencia y redistribución del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, y con base en el diagnóstico estratégico, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales de salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente,

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

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



ARTÍCULO 64°. Formalización del Talento Humano en Salud. La formalización del THS corresponde a la vinculación de éste mediante contrato de trabajo o a través de relación legal y reglamentaria, según corresponda, garantizando condiciones laborales justas y dignas.

Está prohibida cualquier forma de vinculación del THS que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral a través de contratos civiles o comerciales, cooperativas o cualquier otra forma que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes para el sector privado o público, según sea el caso.

Se deberán respetar las jornadas máximas legales establecidas dentro de las diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano; evitando jornadas extenuantes que puedan poner en peligro el correcto desarrollo del ejercicio, la calidad en el servicio, la seguridad, la salud, así como la dignidad del talento humano.

Los prestadores de servicios de salud, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, elaborarán el estudio de cargas laborales en su institución, con base en el cual, podrán iniciarán un proceso progresivo de formalización laboral que deberá tomar máximo tres (3) años, para lo cual podrán crear plantas temporales para la vinculación del personal que labora permanentemente en la institución, de acuerdo con las prioridades que identifiquen.

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

Parágrafo. Las administradoras de riesgos laborales, en conjunto con los prestadores de servicios de salud y en general los empleadores del sector salud, deberán organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán brindar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud. Adicionalmente, contarán con programas especiales para las ocupaciones, profesiones y especialidades clasificadas como de riesgo alto. Se deberá informar al Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud sobre las actividades aquí dispuestas, y su implementación con las evidencias respectivas.

ARTÍCULO 65°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas.

Dicha vinculación se realizará acorde a los siguientes criterios:



65.1. En la vinculación de especialistas en áreas de conocimiento de ciencias de la salud.

65.2. En aquellas situaciones que por las características del servicio de salud que se presta no pueda ser realizado por el personal de planta o requieran características intuitu personas.

65.3. En la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera independiente.

ARTÍCULO 66°. Pago digno, justo y oportuno para los trabajadores de la salud. Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes.

En los casos del pago oportuno para especialistas en ciencias de la salud contratados bajo las modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano, distintas a las establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, la remuneración correspondiente se realizará dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, factura o documento que haga las veces o equivalente.

ARTÍCULO 67°. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.

ARTÍCULO 68°. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación y la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.

Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización.

Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del talento humano del sistema de salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional



desde una perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.

Parágrafo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud,

ARTÍCULO 69°. Formación de médicos especialistas por parte de instituciones prestadoras de salud. Los hospitales universitarios públicas, privadas y mixtas, podrán formar especialidades médicas, en convenio con instituciones de educación superior, de conformidad con las condiciones que determinen los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional.

ARTÍCULO 70°. Becas para formación de médicos. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el ECAES u otro instrumento que defina el Gobierno Nacional, seleccionará aquellos profesionales de la salud que acceden a residencias médicas, con beca del gobierno. Los cupos para becas no podrán ser inferiores a los ya existentes, por cada una de las especialidades médicas, y se incrementarán paulatinamente. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta, además del ECAES, la distribución regional, la participación por universidades y los cupos por especialidades médicas necesarias para el país.

Las Universidades y las instituciones universitarias prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas podrán admitir nuevos residentes por fuera del listado que emita el Gobierno Nacional, sin el beneficio de la beca.

CAPÍTULO IX POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

ARTÍCULO 71°. Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud. El Gobierno Nacional reglamentará una política con visión estratégica de largo plazo de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, liderada conjuntamente por el Ministerio de Salud de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, la cual deberá contemplar:

71.1. Desarrollo de capacidades científicas del país y el talento humano.

71.2. Desarrollo y fomento a la investigación en ciencias básicas y avanzadas, priorizando las primeras.

71.3. Generación de redes de conocimiento para la innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud.

71.4. Industrialización nacional en salud y transferencia de tecnología y conocimiento, con el objetivo de la producción a pequeña, mediana y gran escala



de tecnologías en salud en el país, la cual deberá estar acorde con la mejor evidencia científica disponible

71.5. De acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la autonomía médica, El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) utilizará tecnologías de salud con la mejor evidencia científica disponible, el mayor perfil de seguridad posible para los pacientes, reconociendo el valor terapéutico de éstas y buscando el mayor beneficio para los pacientes.

71.6. Mecanismos de financiación sostenible para las tecnologías innovadoras y rutas diferenciales para el estudio de su evidencia, con enfoque en la evaluación y reconocimiento del valor terapéutico de las tecnologías innovadoras en salud con criterios diferenciales.

ARTÍCULO 72°. Interoperabilidad de sistemas para la trazabilidad de la prescripción médica. El Ministerio de Salud y Protección Social buscará la eficiencia y transparencia en el gasto público de tecnologías en salud financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para lo cual, implementará un sistema de información que garantice la trazabilidad nominal de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud, el cual deberá ser interoperable con el Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS) Igualmente, deberá ser unificado e interoperable con los sistemas propios de información de los actores del SGSSS.

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

ARTÍCULO 73°. Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD). Créese el Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD), como organismo autónomo con personería jurídica propia, que se regirá por estatutos constitutivos que reglamentarán su funcionamiento, del orden nacional, vinculado al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tendrá como su domicilio principal la ciudad de Bogotá, D.C., y podrá establecer subsidiarias, sucursales y agencias en el territorio nacional y en el exterior. El INSALUD tendrá por objetivo la investigación, el desarrollo, la producción en sus distintas fases y la distribución de tecnologías de salud estratégicas para la soberanía sanitaria del país, especialmente vacunas y medicamentos genéricos, en el marco de la Política de Innovación y Desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud.

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

Parágrafo. Independientemente del capital de constitución, el INSALUD podrá realizar alianzas estratégicas con el sector público, privado o mixto, académico, de la industria farmacéutica u otro sector, para el logro y cumplimiento de sus objetivos. De igual



manera, propenderá por los más altos estándares técnico-científicos para la investigación y manufactura, además de la eficiencia administrativa conforme con las mejores prácticas de gobierno corporativo.

ARTÍCULO 74°. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y bajo el marco de la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos, fortalecimiento de la ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos, regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptadas y adaptadas a la entidad.

ARTÍCULO 75°. Del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) del instituto de evaluación tecnológica en salud-IETS. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS, entidad descentralizada indirecta o de segundo grado del orden nacional seguirá siendo una entidad independiente en el ámbito técnico y administrativo. Le corresponderá al Gobierno Nacional, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, cubrir los gastos de funcionamiento e inversión del IETS para lo cual este Ministerio deberá destinar y transferir los recursos necesarios de su presupuesto.

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

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

ARTÍCULO 76°. Regulación de Precios de Medicamentos. Se regularán los precios de los medicamentos a lo largo de la cadena farmacéutica, para ello se incluirán los precios desde la salida del proveedor mayorista, el margen de distribución y comercialización hasta el usuario final, es decir, la definición de un precio máximo de venta al público (PMVP), respetando condiciones de competencia y mejor acceso a las tecnologías para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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



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

ARTÍCULO 77°. Políticas de Estado para la soberanía y seguridad farmacéutica. Tanto la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, como la Política para el acceso de Medicamentos, Insumos y Tecnologías de salud serán políticas de Estado para garantizar la soberanía y seguridad farmacéutica.

CAPÍTULO X FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

ARTÍCULO 78°. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). La ADRES tiene por objeto garantizar el recaudo, el adecuado flujo, la administración y control de los recursos que financian el Sistema de Salud.

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

78.1. Recaudar los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); recaudar y administrar los recursos de Coljuegos con destinación a ciencia y tecnología en salud y todos los demás recursos previstos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los cuales confluirán en la Entidad.

78.2. Gestionar el recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley, dentro del esquema de unidad de caja con situación de fondos y bajo condiciones óptimas de manejo de cuentas bancarias, de manera que se logre optimizar costos de transacción sin que esto represente riesgos de contraparte. Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en el documento de identificación empresarial y ciudadana, según corresponda.

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

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



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

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

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

78.9. Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas. Su régimen de contratación se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

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

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

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

78.13. Administrar la información propia de sus operaciones

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

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

ARTÍCULO 79°. Unidad de Pago por Capacitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), la cual será reconocida mensualmente a cada entidad Gestora de Salud y Vida por cada una de las personas afiliadas al Sistema



General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La UPC tendrá dos componentes fijos para cubrir la atención en salud de la población asegurada y sus prestaciones sociales y los gastos administrativos necesarios para la gestión de la Entidad Gestora de Salud y Vida y un componente variable como reconocimiento a la adecuada gestión de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, evidenciado en indicadores de resultados en salud, entre otros.

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

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

ARTÍCULO 80°. Cálculo del componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales. Este componente fijo de la UPC para la atención en salud y las prestaciones sociales corresponde a los valores mínimos necesarios por cada usuario para garantizar los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho en el Sistema. Se determinará por estudios técnicos, considerando ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, la referenciación internacional del gasto en salud y otros factores que determine la clasificación o respectivo ajustador de riesgo, para cada Entidad Gestora de Salud y Vida. El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos a tres años.

ARTÍCULO 81°. Componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación para los gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se destinará el 5% del valor total calculado de la UPC para los gastos administrativos necesarios para la adecuada gestión del riesgo en salud y financiera de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual será girado a cada Entidad Gestora de Salud y Vida, de acuerdo con su población a cargo, según corresponda.

ARTÍCULO 82°. Cálculo del componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), corresponde al valor que se reconocerá a cada Entidad Gestora de Salud y Vida por la adecuada gestión del riesgo de cada uno de los afiliados Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a su cargo. Este componente será un incentivo general del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a los resultados en salud, la calidad de la atención y la respuesta a las expectativas de los usuarios.



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

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

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

ARTÍCULO 83°. Implementación del Cálculo de la UPC con el componente fijo y variable. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, realizarán un estudio técnico a profundidad con los criterios para el cálculo de la UPC dispuestos por esta Ley, el cual debe ser completado antes de los siguientes dieciocho (18) meses luego de la sanción de la presente Ley. El estudio será presentado al Consejo Nacional de Salud, el cual emitirá sus recomendaciones; con base en lo anterior se adoptará el nuevo cálculo por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

ARTÍCULO 84°. Flujo de los recursos financieros del Aseguramiento Social en Salud. La ADRES efectuará directamente el giro de los recursos para la prestación de los servicios y tecnologías en salud contratados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéuticas, en los casos en que se realice la provisión directa.

Para la realización de los giros, la ADRES en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá establecer un sistema de información interconectado con la factura electrónica de venta para el sector salud, donde se tendrá en cuenta, entre otras variables, las fechas de expedición, radicación y aceptación de la factura, para contribuir a mejorar los indicadores de cartera. Asimismo, definirán la metodología y los mecanismos de auditoría financiera al giro de los recursos del sistema, bajo los principios de transparencia, eficiencia, y oportunidad. Para estos mecanismos de auditoría de los recursos de la salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida concurrirán con la validación de la información, facturas y pagos a efectuar.

Parágrafo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) pagará el 80% del valor a girar de los servicios de salud y tecnologías



en salud, al presentar la factura con requisitos completos ante la Entidad Gestora de Salud y Vida, reservando el 20% restante a la finalización de la revisión y auditoría de estas prestaciones.

ARTÍCULO 85°. Sobre los excedentes y suficiencia del componente fijo de la UPC.

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

El Gobierno Nacional, con base en recomendaciones del Consejo Nacional de Salud, podrá establecer unos rangos para el manejo de los riesgos cubiertos por el Componente Fijo de la UPC, de conformidad con los estudios técnicos que se desarrollen con ese propósito.

ARTÍCULO 86. 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 87°. Suficiencia Patrimonial de las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

Con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera y el pago de los servicios y tecnologías del Plan Único de Beneficios de Salud (PUBS), las Entidades Gestoras de Salud y Vida, mantendrán en sus activos líquidos, recursos suficientes para soportar el gasto en salud producto de un eventual exceso de siniestralidad, cuando se supere una ejecución del 100% de la UPC calculada suficientemente.

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

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

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

ARTÍCULO 88°. Financiación de la Atención Primaria en Salud. Los Centros de atención Primaria en Salud y sus Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), públicos, privados o mixtos, harán parte de la oferta de prestadores del



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

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

ARTÍCULO 89°. Sobre los Servicios Sociales Complementarios en Salud. El Gobierno Nacional determinará una fuente para financiar los servicios sociales complementarios en salud, la cual será administrada de la Administradora de los Recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud (ADRES). Para tales efectos, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará un listado de estos servicios, el cual deberá ser actualizado permanentemente.

ARTÍCULO 90°. Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las Entidades Gestoras de Salud y Vida y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.

El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o Entidades Gestoras de Salud y Vida, prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.

Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.



ARTÍCULO 91°. Órganos de Administración y Dirección del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director

La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado. El director será designado por el presidente de la República.

ARTÍCULO 92. Funciones del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:

92.1 Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.

92.2 En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.

92.3 Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará.

92.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

92.5 Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden.

92.6 Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.

Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las EPS serán las previstas en el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas FOGACOOOP.

Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, el máximo órgano social de las entidades, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán



disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.

Parágrafo 3. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) igualmente, estará exento de inversiones forzosas.

ARTÍCULO 93°. Fuentes de los recursos del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:

93.1. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.

93.2. Las primas que deben pagar las Entidades Gestoras de Salud y Vida y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS fijados por la Junta Directiva del Fondo.

93.3. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.

93.4. El producto de la recuperación de activos del Fondo.

93.5. El producto de préstamos internos y externos.

93.6. Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.

93.7. Un 20% de los rendimientos financieros de las reservas técnicas que constituya la ADRES con los recursos sin situación de fondos de UPC de las Entidades Gestoras de Salud y Vida

Artículo 94°. Saneamiento de Hospitales Públicos previa a la transformación en ISE. Las Empresas Sociales del Estado, en el marco de su transformación a Instituciones de Salud del Estado (ISE), deberían realizar un proceso de saneamiento de sus pasivos. Para este fin, en los términos del artículo 33 de la Ley 2155 de 2022, las entidades territoriales podrán acceder directamente a los créditos con condiciones blandas que otorgue FINDETER. En los términos de la mencionada Ley los proyectos de saneamiento fiscal y financiero serán considerados proyectos de inversión y en consecuencia podrán financiarse igualmente con recursos de regalías. Para este fin se establecerá un proceso expedito de tal forma que el proyecto pueda ser viabilizado en corto plazo mediante la información que sobre el monto a sanear entregue el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en desarrollo de la gestión realizada según lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1966 de 2019.



ARTÍCULO 95°. Salvamento de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de salud en estado de liquidación inminente. Cualquier acreedor podrá evitar la liquidación de una Entidad Gestora de Salud y Vida cuando su causa sea por el incumplimiento de condiciones financieras o de solvencia, o, de un prestador de servicios de salud cuando esté en proceso de liquidación por aspectos económicos o financieros, manifestando su interés en aportar nuevo capital, en los términos que se indican a continuación, siempre y cuando se evidencie con la información que reposa en el expediente que el patrimonio de la Entidad Gestora de Salud y Vida o el prestador de servicios de salud es negativo.

95.1. El interés se deberá manifestar una vez proferido el acto administrativo o auto que ordena el inicio del proceso de liquidación, según corresponda, en el término para presentar recursos durante la audiencia o durante la ejecutoria que decreta la liquidación.

95.2. Presentada la manifestación de interés, la Superintendencia Nacional de Salud mantendrá el nombramiento del liquidador, pero suspenderá otros efectos de la liquidación, según corresponda.

95.3. La suspensión de los efectos de la liquidación procederá siempre y cuando, junto con la manifestación de interés, el acreedor o acreedores interesados presten garantía para el aporte de nuevo capital.

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

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

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

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

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



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

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

ARTÍCULO 96°. Insolvencia empresarial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 y a las Entidades Promotoras de Salud les serán aplicables las normas del proceso de reorganización establecido en los artículos 9 a 46 de la referida Ley.

CAPÍTULO XI

SISTEMA ÚNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD

ARTÍCULO 97°. Elementos esenciales del Sistema Unificado e Interoperable De Información En Salud (SUIS). Son elementos esenciales del SUIS: 1) Proporcionar "información para la acción"; 2) Mostrar resultados y aportar pruebas para futuras intervenciones; 3) Fundamentar los datos para la rendición de cuentas; 4) Mejorar la calidad de los análisis y la capacidad para tomar decisiones correctas; 5) Alinear los objetivos, incentivos y mediciones del rendimiento para mejorar la coordinación de acciones. 6) Unificar indicadores clave para mantener una visión única del rendimiento en todo el sistema; 7) Eliminar las lagunas en los datos subyacentes, las consultas de datos mal diseñadas, la visualización inadecuada, la falta de estandarización y las malas experiencias que pudieran limitar la utilización de la analítica en la generación de conocimiento e inteligencia.

ARTÍCULO 98. SUBSISTEMAS DEL SUIS : El SUIS estará conformado por al menos los siguientes subsistemas:

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

- a) Desarrollar perfiles sanitarios cronológicos nacionales y regionales, en particular de morbilidad, mortalidad y utilización de servicios, junto con el despliegue de los recursos adecuados para la evaluación de los cambios generales de esos perfiles a lo largo del tiempo
- b) Recopilar conjuntos normalizados de datos e indicadores para elaborar informes estadísticos oficiales.



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

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

98.2° Subsistema de RIISS. Que prestará especial atención a la cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud, el seguimiento a cohortes de alto riesgo, de alto costo, la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficacia, seguridad y aceptabilidad de la prestación de los servicios de salud.

98.3° Subsistema de información para la calidad de la atención en salud. En este subsistema se adelantarán procesos que busquen realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema de Calidad de la Atención en Salud (SICA), proporcionar información a los usuarios para elegir libremente su Entidad Gestora de Salud y Vida y su proveedor de servicios de salud con base a la calidad de los servicios.

98.3° Subsistema de Talento Humano en Salud. Su objetivo fundamental será captar las diversas dinámicas de las existencias y los flujos de THS, utilizando diversas fuentes de datos

CAPÍTULO XII INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 99°. Limitación de la Integración Vertical. Se prohíbe la integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad por parte de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, salvo por una situación certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social de oferta insuficiente de prestadores o de servicios de salud que afecten la garantía de continuidad del derecho fundamental a la salud para la población. Se permite la integración vertical en el componente primario de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RIISS).

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

ARTÍCULO 100°. Inspección, Vigilancia y Control de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control de la gestión integral del riesgo en salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, lo que incluye:

100.1. La organización y gestión de las Redes Integrales de Atención de Servicios de Salud (RIISS), según lo dispuesto en la presente Ley.



100.2. El cumplimiento de indicadores de resultados en salud y de gestión operativa relacionada con los procesos de gestión del riesgo en salud y ordenación del gasto en salud a los prestadores de servicios de salud.

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

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

ARTÍCULO 101. Control en la Gestión Integral del Riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. De acuerdo con las funciones de la vigilancia y el control del aseguramiento establecido con el artículo 44°, numeral 43.4.1. de la Ley 715 de 2001, en caso de detectar una alerta temprana por parte del Sistema de Monitoreo de las RIIS sobre la cual la Entidad Gestora de Salud y Vida no haya hecho la oportuna intervención, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, podrán adelantar acciones administrativas de corrección de los procesos y actividades específicas institucionales de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, con base en la mejor evidencia científica disponible, concepto o prescripción médica de un profesional de la salud debidamente habilitado en el territorio nacional para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los usuarios. De igual manera, se deberá informar de esta situación a la Superintendencia Nacional de Salud, quien adelantará las acciones a que tenga lugar.

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

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

ARTÍCULO 102°. Resolución administrativa de las necesidades de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Superintendencia Nacional de Salud generará un mecanismo de resolución administrativa de solicitudes de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual contará con un sistema interoperable con los canales de Peticiones, Quejas y Reclamos de las Gestoras de Salud y canales propios de la Entidad Nacionales y territoriales para acceso a este mecanismo por parte de los ciudadanos. El mecanismo deberá contemplar las capacidades de los territorios para responder a estas solicitudes y la oportunidad de respuesta razonable por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud



(SGSSS), siempre anteponiendo la garantía del derecho fundamental a la salud y en ninguna circunstancia colocando en riesgo la vida de ninguna persona. Este mecanismo deberá resolver las peticiones, quejas y reclamos en un término no mayor a 5 días calendario desde su interposición por parte del usuario.

La Superintendencia Nacional de Salud generará una evaluación anual de lo atendido durante cada vigencia por este mecanismo, la cual debe evidenciar la suficiencia de capacidades en cada territorio para responder ante las necesidades de los usuarios.

Este mecanismo será el principal recurso que tendrán los usuarios para dirimir sus solicitudes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuando perciban alguna insatisfacción, fomentando su uso previo a otros instrumentos, sin perjuicio de la acción de tutela, de acuerdo con su derecho constitucional.

CAPÍTULO XIII RÉGIMEN DE TRANSICIÓN

ARTÍCULO 103°. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan Decenal de Equipamiento en Salud que se revisará cada cuatro (5) años, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con recursos específicos para este propósito, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Podrán diseñarse líneas de crédito con tasas compensadas u otros instrumentos de alivio de deuda para este propósito.

ARTÍCULO 104°. Proceso de retiro ordenado de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida, (EGISV) deberán presentar un plan de retiro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que contemple el saneamiento de deudas de acuerdo a lo establecido en la presente Ley, así como un esquema de transferencia de sus usuarios a las futuras Entidades Gestoras de Salud y Vida, preservando las condiciones de atención al momento del retiro, su red de atención y los profesionales de la salud a cargo de los pacientes.

ARTÍCULO 105° Implementación del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria. Entretanto se habilitan las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) para los Territorios de Gestión de Salud y se configuran los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se atenderá a los usuarios indistintamente de la Entidad Gestora de Salud y Vida a la que se encuentra afiliado. Asimismo, cada usuario a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida preservarán su Institución Prestadora de Salud Primaria (IPS primaria) hasta tanto se realiza su adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS).



ARTÍCULO 106°. Transición al Aseguramiento Social en Salud. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) serán responsables de la gestión integral del riesgo de la población que tienen a cargo en todo momento hasta tanto no entren en operación las Entidades Gestoras de Salud y Vida o su población no sea transferida a una de ellas. En ningún momento ningún afiliado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) podrá dejar de contar con un operador del aseguramiento.

ARTÍCULO 107°. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida y la habilitación de sus Redes Integrales de Servicios de Salud, preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.

ARTÍCULO 108°. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad en Salud, durante la transición de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y Vida y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud y vida..

ARTÍCULO 109°. Pago de Deudas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) transformadas o liquidadas a las Empresas Sociales del Estado (ESE). Como parte de la transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades de Gestión de Salud y Vida (EGVIS), el Gobierno Nacional establecerá un proceso especial de saneamiento de la deuda contraída con las Empresas Sociales del Estado (ESE) por parte de las EPS que realicen su transformación a Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) y para aquellas EPS que no deseen su transformación para continuar operando en el Aseguramiento Social en Salud o no cumplan con las condiciones mínimas para su Habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se implementará un proceso de liquidación ordenado y transparente. Este proceso de saneamiento seguirá los siguientes esquemas generales:

109.1. Aquellas Entidades Promotoras de Salud (EPS) que en su proceso de transformación a Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) o liquidación cuenten con un respaldo financiero, iniciarán un plan de pagos y saneamiento de la deuda de forma inmediata.



109.2. Para aquellas Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida, pero cuyos indicadores no le permitan contar con un respaldo financiero, el Gobierno Nacional diseñará un programa o línea de crédito con un periodo de gracia de 5 años, tasas compensadas, entre otros instrumentos de alivio de deuda, al cual podrán acceder, con el único objetivo de pagar las deudas contraídas con las Empresas Sociales del Estado. La Superintendencia Financiera de Colombia, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, serán los encargados de diseñar e implementar dicho programa, pudiendo operarlo con las Entidades Financieras habilitadas para ello.

109.3. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen a Entidades Gestoras de Salud y Vida e ingresen a un proceso de liquidación, también accederán al programa o línea de crédito que el Gobierno Nacional cree para esta materia.

Parágrafo. La Superintendencia Financiera vigilará este proceso de saneamiento de deudas a la red pública hospitalaria, en el marco de lo establecido en este artículo.

ARTÍCULO 110°. Vigencia y derogatoria. La presente Ley rige a de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

