PROYECTO DE LEY N°_____

"Por medio de la cual se reestructura el Sistema de seguridad Social en Salud y se establecen normas para garantizar el goce del derecho a la salud"

(Versión: 24 de agosto de 2022)

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. Objeto. La presente ley restructura el Sistema de Seguridad Social en Salud, por lo cual desarrolla los principios, enfoques, estructura organizativa y competencias del Sistema de Seguridad Social en Salud que modificaran disposiciones existentes e incorporaran nuevos elementos al sistema, de conformidad con la ley estatutaria en salud.

Artículo 2º Sistema de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación, que el Estado dispone para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud.

Artículo 3º. El Sistema de Seguridad Social en Salud tiene el deber de garantizar una estructura institucional que garantiza el goce efectivo del derecho mediante el acceso universal a los bienes y servicios de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y de paliación necesarios con enfoques y referentes necesarios para cada persona, comunidad y región en el marco de un modelo de desarrollo con atención integral, intersectorial y transectorial que minimice los riesgos en salud mediante la educación a las personas sobre los mismos y sus condicionantes.

El sistema en su conjunto debe garantizar la prevención y la atención de eventos tales como la ocurrencia o permanencia de enfermedades generales, endémicas, epidémicas, raras, ultra huérfanas, de origen laboral, por accidentes de tránsito, por eventos catastróficos o por conflicto armado interno o externo, en los ámbitos individual y colectivo y demás necesidades de salud que ocurran en el marco de los determinantes sociales de salud.

Articulo 4º. Para tal efecto, la presente ley establece los componentes de organización del sistema, el modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, inspección, vigilancia y control, participación social y criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.

Artículo 5°. Principios. El Sistema de Seguridad Social en Salud en su conjunto desarrolla e implementara los principios y elementos de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015 y los siguientes que se incorporan:

1. Principio de no regresividad, es la garantía en el marco del Estado Social de Derecho de que los derechos y libertades adquiridas en materia de salud no pueden ser desconocidos ni desmejorados por decisiones legales o político-administrativas contrarias al Bloque de Constitucionalidad, a la Ley Estatutaria en Salud y a la presente Ley.
2. Principio de la condición más beneficiosa, como principio derivado del Principio Pro homine, establece que cuando haya diferentes alternativas u opciones para el cuidado y protección de una persona, primarán las decisiones que le garanticen las mejores condiciones terapéuticas para su recuperación
3. Enfoque diferencial. Es el conjunto de acciones de discriminación positiva en busca de igualdad real y material, que permita reconocer las diferencias y superar las exclusiones e inequidades en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud, con el propósito de cerrar brechas por contextos de género, etnia, generación y situación de discapacidad, factores psicosociales o determinaciones económicas, culturales o ambientales.
4. Transparencia. Está dada por el comportamiento ético, probo y transparente de todos los actores que integran el sistema y por el manejo eficaz, eficiente, oportuno y previsible de los recursos de este para prestar atención integral, garantizar el goce efectivo y desarrollo del derecho a la salud de toda la población.

5. Autonomía en la toma de decisiones del paciente. Se constituye en la prevalencia de la persona en la toma de decisiones sobre su salud, por lo cual el Sistema de Seguridad Social en Salud debe definir las estrategias e instrumentos para evitar la vulneración de derechos en la autonomía de los sujetos, frente a las decisiones sobre su cuerpo y salud, ante la necesidad de tratamientos, procedimientos o tecnologías en salud, sobre los cuales se pueda predicar la objeción de conciencia del médico tratante.
6. Objeción de conciencia. La objeción de conciencia no será una barrera, pues solo puede ser ejercida por personas naturales en ningún caso por personas jurídicas; es obligación de las instituciones prestadoras de servicios de salud brindar todas las garantías disponibles para que quien lo requiera pueda acceder a los servicios en el menor tiempo posible. Prevalece la imperativa obligación de utilizar todos los recursos para garantizar la prestación del servicio. De conformidad con la autonomía en la toma de decisiones del paciente, las instituciones no podrán restringir el acceso al servicio de salud ni generar barreras en contravía del ordenamiento jurídico.

Artículo 6°. Elementos esenciales del Sistema de Seguridad Social en Salud: Además de los establecidos en los Artículos 6º, 7 y 8º de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, son elementos esenciales los siguientes:

1. Obligatoriedad. Los aportes al sistema de seguridad social en salud son obligatorios para todos los trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital a excepción de lo establecido en la presente ley y otras disposiciones del ordenamiento jurídico.
2. Parafiscalidad. Los recursos aportados al sistema de seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito son de carácter parafiscal, inembargables y tienen naturaleza pública y destinación específica, así como los recursos asignados por el presupuesto general de la nación para el sector de la salud. No podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por la ley y demás normas correspondientes.
3. Humanización. Es la relación entre el personal de los servicios de salud y los individuos, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios de manera individual y colectiva en el largo

plazo y a lo largo del ciclo vital, que permite obtener un amplio conocimiento de sus necesidades y la confianza mutua, necesaria para el cuidado permanente en todas las etapas de la vida.

4. Eficacia. Es el logro de los mejores resultados en salud en la población por parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en su conjunto y de los establecimientos y trabajadores de la salud con cada paciente, familia y comunidad. Dichos resultados deben expresarse y publicarse periódicamente como Indicadores de Salud en el Sistema de Información.
5. Intersectorialidad. Es la articulación estructural y sistémica de los sectores Estatal, social, corporativo y privado para lograr una incidencia real y efectiva sobre los determinantes sociales de salud y garantías sociales para materializar mejores condiciones de vida en diferentes grupos, comunidades y poblaciones, desde una perspectiva de progreso social; su principal objetivo es encontrar soluciones y alternativas efectivas y eficaces.
6. Transectorialidad. Es la acción temporal conjunta del Estado y el sector privado para actuar sobre los determinantes sociales con el fin de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y los objetivos del sistema en su conjunto.
7. Participación vinculante. Es la intervención real y efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión del sistema, en la vigilancia y el control de las decisiones político administrativa, el control social a los establecimientos de salud y de las instancias de formulación, implementación y evaluación de planes y políticas públicas relacionadas con la salud de la población
8. Enfoque de género. Tiene por fin la superación de todas las barreras y restricciones a los derechos sexuales y reproductivos, el reconocimiento y autodeterminación plenos sobre el cuerpo, las concepciones y valoraciones sobre el cuidado, la superación de estereotipos supuestamente basados en lo biológico y el reconocimiento histórico sobre las múltiples situaciones y circunstancias que afectan los derechos de las mujeres y de las personas sexualmente diversas.

Artículo 7°. Definiciones. El Sistema de Seguridad Social en Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos:

1. Salud. Es un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, que incluye la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables, cuyo resultado es el bienestar y buen vivir individual y colectivo.

   Es un derecho con una dimensión de servicio público esencial que se concreta con los bienes y servicios de atención integral que aportan a la salud de las personas en la medida en que contribuyen a desarrollar, preservar, recuperar y mejorar esa capacidad, propiciando el ejercicio de su autonomía y el logro del mejor nivel de bienestar y calidad de vida posible y su garantía es deber y obligación del Estado.
2. Salud Pública. Es el conjunto de políticas, programas y acciones estatales que cobijan a toda la población o a un grupo preciso de ella; sus propósitos son cuidar y promover la salud y prevenir las enfermedades. Deben proteger el ambiente y mantener la salud de las comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida, bienestar, y preservar en condiciones óptimas un ambiente y entorno sano y saludable. La Salud Pública propicia la articulación entre Estado y Sociedad.
3. Territorio de Salud. Es una extensión determinada del territorio nacional, integrada por su suelo, personas que lo habitan, ambiente, recursos, economía y entorno, que se relacionan de manera dinámica y se identifican epidemiológica, económica, cultural, social y ambientalmente y requieren por tanto una planificación conjunta del accionar sectorial e intersectorial para garantizar la salud de sus habitantes.
4. Modelo de atención. Es el proceso dirigido y organizado que articula bienes y servicios en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en los ámbitos individual y colectivo, con el fin de resolver necesidades sanitarias de los territorios de salud; incluye responsabilidades institucionales y sociales y materializa el derecho a la Atención Integral en Salud para su mantenimiento y recuperación y para la prevención de enfermedades, atención y rehabilitación de las personas afectadas tanto por enfermedades generales como por las relacionadas con el medio ambiente, el trabajo y los accidentes de tránsito.

5. Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal con participación activa de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención, la intervención favorable sobre los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. Es el contacto primario entre las personas, familias y comunidades con el Sistema de Seguridad Social en Salud, estructurado en redes integrales inter y transdisciplinarias para la prestación de servicios con capacidad resolutiva de los problemas de tipo individual, familiar, comunitario, laboral, territorial. Su composición en cada territorio dependerá de las necesidades y características sanitarias, epidemiológicas, socio ambientales y de los determinantes de salud existentes allí.
6. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS). Es la forma de organizar integral y articuladamente a las instituciones y servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mediante la atención integral de las personas y comunidades en un conjunto definido de territorios; todas las instituciones que integran las redes están obligadas a informar continuamente y en tiempo real su actividad a través del Sistema Público Único de Información en Salud y rendir periódicamente cuentas al Estado y a la sociedad, en el marco de los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud.

CAPÍTULO II. DETERMINANTES DEL DERECHO A LA SALUD

Artículo 8°. Determinantes del Derecho a la Salud. Constituyen aquellos factores que al no existir o al actuar negativamente, permiten e inducen la aparición de enfermedades o mayor afectación por las mismas a la población. Tales factores son: sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos.

Se incidirá sobre los Determinantes de Salud con el fin de reducir las desigualdades que limitan o impiden el goce efectivo del derecho a la salud, para: a) mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los

habitantes del territorio nacional y, con ello, la salud misma, b) reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica y c) elevar el nivel de la calidad de vida de la población. Todo ello para alcanzar y preservar la salud en cada territorio y mantener un Sistema de Seguridad Social en Salud basado en la equidad.

Parágrafo. Las acciones correctivas sobre ellos para lograr avances en salud serán financiadas con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 9°. La presente ley establece de forma enunciativa los determinantes de salud en consecuencia el Sistema de Seguridad Social en Salud debe asegurar la integralidad de los mismos como garantía del derecho a la salud.

Son determinantes de salud:

1. Acceso a agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas
2. Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición (seguridad alimentaria)
3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas
4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas
5. Medio ambiente sano
6. Acceso al trasporte
7. Acceso a la educación y recreación
8. Condiciones de vida digna
9. No discriminación de ningún tipo
10. Paz (Violencia o Conflicto armado)
11. Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva.
12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
13. Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género
14. Distribución de los recursos (Distribución social de la riqueza)
15. Otros determinantes señalados por organismos competentes

Parágrafo: Los determinantes de la salud expresados en los instrumentos normativos referidos serán enunciativos, no son taxativos, por lo cual el entorno y realidad en los territorios pueden incidir en la estipulación de nuevos determinantes sobre los cuales se surtiría su reconocimiento sustancial en materia de derechos.

Artículo 10°. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud. El Presidente de la República creará por decreto la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, integrada por todos los Ministros del gabinete.

Dicha Comisión iniciará funciones treinta (30) días calendario después de ser sancionada la presente ley y será presidida por el Ministro de Salud y Protección Social.

Su misión es establecer prioritariamente la inversión para actuar sobre los Determinantes de la Salud y su función estará guiada por la información epidemiológica nacional que presente el Instituto Nacional de Salud (INS) y demás instancias gubernamentales de información estadística, para establecer los determinantes a intervenir. Las decisiones se tomarán por consenso.

Parágrafo 1. La Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud será de carácter institucional y estará presidida por el Instituto Nacional de Salud (INS).

Parágrafo 2. La condición de miembro de la Comisión es indelegable y la inasistencia (salvo fuerza mayor o caso fortuito) acarreará sanción disciplinaria.

Artículo 11°. La Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud. analizara, concertará, coordinará e incluirá en cada Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo (PND) la destinación de los recursos para incidir sobre los Determinantes de Salud, los cuales serán incluidos en los presupuestos plurianuales consignados en el precitado PND. Seguidamente, esta Comisión presentará al Presidente de la República la destinación de los recursos asignados a cada uno de los Determinantes de salud en el proyecto de Presupuesto Anual de la Nación.

Parágrafo: Los presupuestos proyectados por la Comisión para incidir en los determinantes de salud, se incorporarán de forma obligatoria al proyecto de Plan de Desarrollo y Presupuesto Plurianual de inversiones, para que surtan el proceso de aprobación por las instancias que corresponda, sin que esto constituya un límite para que el presupuesto proyectado pueda ser ampliado, pero no desmejorado.

Artículo 12°. La Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud reglamentará el tratamiento de dichos determinantes y sus decisiones tendrán carácter de decreto, el cual será firmado por el Presidente de la República y el Ministro del ramo

Dicha Comisión se reunirá trimestralmente, con el fin de evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante y realizará seguimiento al comportamiento de los indicadores de salud a partir de los informes de cada departamento del territorio nacional y consignará trimestralmente los resultados en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS).

Artículo 13°. Comisiones Departamentales y Distritales de Determinantes de Salud. El Gobernador de cada departamento nombrará por Decreto y durante un período de dos (2) años un (1) Representante de cada Secretaría (del área directiva), de comprobada idoneidad en los temas a tratar, para conformar la Comisión Departamental de Determinantes de Salud, la cual iniciará funciones treinta (30) días calendario después de ser sancionada la presente ley. Se reunirá cada mes para conocer el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud departamental mediante evaluación de indicadores de salud y publicará trimestralmente los resultados en el SPUIIS.

Su primera función será revisar la información epidemiológica departamental que presente el Instituto Nacional de Salud (INS) y su Secretaría Departamental de Salud, para establecer los Determinantes a intervenir.

La Comisión reglamentará el tratamiento de dichos determinantes, sus decisiones tienen carácter vinculante y son respaldadas mediante acto administrativo con la firma del secretario del despacho de la Gobernación respectiva.

CAPÍTULO III. DE LA GOBERNANZA, RECTORÍA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Artículo 14°. De la rectoría del sistema. La rectoría del sistema consiste en la articulación interinstitucional e interdisciplinaria del conjunto de políticas públicas que orienta a las instituciones y actores del sistema para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

El Sistema de Seguridad Social en Salud, tiene instancias de rectoría en los ámbitos nacional y territorial.

Artículo 15°. Consejo de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Salud es la instancia de concertación y dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía decisoria, con fundamento en las siguientes características:

a. Composición. El Consejo Nacional de Salud es la instancia de concertación y estará conformado por treinta y siete (37) miembros con voz y voto, contará con la presencia permanente del Superintendente Nacional de Salud, con voz, pero sin voto; la conformación del Consejo será la siguiente:

1) Cinco (5) representantes del gobierno nacional: el ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el ministro de Hacienda; el ministro de Trabajo; el Director de Planeación Nacional y el Ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. Adicionalmente el Director del Fondo Único Público para la Salud, quien tendrá voz, pero no voto en el Consejo.

2) Tres (3) representantes de las Secretarías territoriales de Salud.

3) Dos (2) representantes del sector empresarial: uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.

4) Dos (2) representantes de las centrales obreras.

5) Dos (2) representantes de las asociaciones campesinas.

6) Siete (7) representantes de las organizaciones de pacientes, uno por cada región socio cultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia)

7) Tres (3) representantes de comunidades étnicas: uno (1) de los pueblos indígenas, uno (1) de las comunidades afrocolombianas y uno (1) de la comunidad ROM.

8) Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad.

9) Un (1) representante de las comunidades LGBTI

10) Una (1) representante de asuntos de la mujer y perspectiva de género

11) Dos (2) representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud: uno estatal y uno privado.

12) Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno Nacional.

13) Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, entidad consultora del Gobierno Nacional.

14) Un (1) representante de la profesión de Enfermería.

15) Un (1) representante de las facultades de Ciencias de la Salud.

16) Un (1) representante de las facultades y programas de Salud Pública.

17) Un (1) representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud.

18) Dos (2) representantes de las demás organizaciones de trabajadores no médicos de la salud: uno profesional y otro no profesional.

19) Un (1) representante de los pensionados.

b) Elección de los miembros no gubernamentales. Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes mediante procesos democráticos, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia, e imparcialidad.

c) Invitados. El Consejo Nacional de Salud podrá invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión.

d) Período. Los representantes del gobierno nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años, con posibilidad de postulación para reelección por máximo un período.

e) Funcionamiento. El Consejo Nacional de Salud se reunirá regularmente cada trimestre en los siguientes meses: Febrero, mayo, agosto, noviembre. Podrá ser convocado de manera extraordinaria por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros, cuando se requiera adoptar una decisión o conocer de uno de sus temas requeridos por su oportunidad y pertinencia, o cuando una situación extraordinaria lo amerite.

El Consejo sesionará en la sede que a tal fin establezca el Ministro de Salud y Protección Social.

f) Secretaría Técnica. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo para tal efecto, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, con presupuesto propio, a partir de convocatoria pública por méritos, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

g) Presupuesto de funcionamiento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán viáticos y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento establecido por el mismo Consejo.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso y procedimiento de elección de los miembros no gubernamentales. La reglamentación deberá surtirse en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley.

Parágrafo 2. Una vez entrada en vigencia la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá en un período no mayor a tres meses, emitir la reglamentación para la conformación del Consejo Nacional de Salud.

Artículo 16°. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

a) Proponer al Ministro de Salud y Protección Social las políticas públicas nacionales de salud, con visión de salud pública individual y colectiva.

b) Proponer políticas orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto en las funciones, tareas y obligaciones del Sistema de Seguridad Social en Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública de otros sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud, mediante la incorporación de enfoques transversales, estructurales e interseccionales de la salud, en todas las políticas para el ámbito territorial y nacional. Dichas iniciativas serán presentadas por el

Ministro de Salud y Protección Social ante el CONPES, el DNP y demás instancias intersectoriales.

c) Llevar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

d) Velar por el buen funcionamiento del Sistema y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de la transparencia y el acceso a la información pública desde una concepción institucional de gobierno abierto.

e) Presentar un informe general y específico de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud cada semestre ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes.

f) Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo. El Ministro de Salud y Protección Social explicará al Consejo Nacional de Salud, la consideración sobre sus iniciativas y los criterios que sustentan sus criterios para aportarse de tales recomendaciones, cuando así ocurra. Igualmente, proveerá al Consejo información acerca de las políticas cuatrienales y de la ejecución de la política en el respectivo periodo anual.

Artículo 17°. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tienen como objetivo, desarrollar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud y tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes a los del Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente; así mismo, propondrán las políticas específicas a desarrollar en el territorio de su competencia, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, siempre en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud. En todas sus reuniones participará con voz, pero sin voto el representante de la Superintendencia Nacional de Salud del Territorio.

Parágrafo. Los Consejos Territoriales de Salud ejercerán funciones de adecuación de la política pública de salud a través de mecanismos de coordinación, seguimiento y veeduría del buen funcionamiento y uso de los recursos disponibles en el territorio para la salud.

Artículo 18. De la dirección del sistema. La dirección del sistema consiste en la coordinación, definición de enfoques y gestión social y administrativa, cuyo objetivo será la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud en el ámbito nacional. Análogamente la dirección del sistema en los ámbitos departamental, regional, distrital y municipal, consiste en la coordinación, definición de enfoques y gestión social y administrativa, cuyo objetivo será la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud en su respectivo ámbito.

La Dirección del sistema en el ámbito Nacional será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección social y el Consejo Nacional de Salud, en los términos de la presente Ley.

En el ámbito territorial será ejercida por la Dirección Territorial de Salud y el Consejo territorial del respectivo ámbito de cada jurisdicción. En los niveles departamental, distrital y municipal las Direcciones Territoriales de Salud, estarán encargadas de la administración de los Fondos Territoriales de Salud.

Artículo 19°. Dirección en el nivel nacional. En el nivel nacional, la dirección será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el nivel regional la Dirección será ejercida por la Direccional Territorial de Salud correspondiente.

Artículo 20°. Dirección en el nivel territorial. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, encargadas de la administración de los Fondos Territoriales de Salud, que ejercerán la función de autoridad sanitaria en el Territorio de Salud correspondiente bajo la Supervisión y orientación de los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Artículo 21°. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

a) Presentar al Consejo Nacional de Salud la política pública nacional de salud cada 4 años, para su concertación y recomendaciones.

b) Dirigir la ejecución, seguimiento, evaluación e implementación de la política pública cuatrienal de salud a través de un Plan Nacional de Salud en

todo el territorio nacional, en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial.

c) Expedir las normas de obligatorio cumplimiento para la ejecución de la política de salud por parte de los agentes del sistema.

d) Presentar al Consejo Nacional de Salud iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Nacional de Salud para su consideración y recomendaciones.

f) Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.

g) Diseñar y poner en marcha el Sistema Integrado de Información en Salud.

Artículo 22°. Instituciones adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social. Para cumplir las funciones relacionadas con la misión y el buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social además de las existentes, contará con las siguientes instituciones adscritas:

1. Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS). Institución de naturaleza pública. La función de este instituto será la de realizar los estudios necesarios para garantizar la pertinencia, la calidad, efectividad, eficacia, costo eficiencia y la seguridad de las tecnologías duras y blandas utilizadas en el Sistema de Seguridad Social en Salud y definir los criterios de su adquisición óptima y uso pertinente, con base en la mejor evidencia disponible y el nivel de participación estatal que sea necesaria, para la defensa de la salud pública.
2. Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSST). Institución pública. La misión de este instituto es actuar como centro de referencia nacional en temas de investigación, ciencia y tecnología en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo, y orientar las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de los eventos de salud.
3. Centro Nacional de Investigación y Desarrollo en Tecnologías de la Salud, Institución de naturaleza pública, bajo un régimen jurídico descentralizado, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía

administrativa, cuyo objeto será la investigación, fabricación, producción, distribución y demás etapas del desarrollo en tecnologías de la salud, como lo son el desarrollo de vacunas, medicamentos, tecnologías experimentales, ensayos clínicos y demás dispositivos médicos.

El gobierno nacional reglamentará la creación o adecuación de las instituciones adscritas, según los criterios establecidos en el presente artículo, respetando su autonomía administrativa y asignando los recursos suficientes para cumplir las funciones asignadas.

Artículo 23. De los Territorios de Salud. Son unidades de organización administrativa, que operarán en zonas geográficas, socioeconómica y socio-demográficamente delimitadas, para la solución y atención integral de las necesidades en salud de la población bajo el principio de dignidad humana y el criterio de equidad. La garantía del derecho fundamental a la salud se materializa a través de los Territorios en Salud.

Artículo 24. Cooperación, coordinación, integración y articulación a nivel territorial. Las Direcciones Territoriales de Salud deben garantizar la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho a la salud de las poblaciones. Igualmente podrán asociarse para el manejo conjunto de zonas geográficas o territorios especiales en salud con características comunes en términos ambientales, económicos, sociales, culturales, étnicos o comunicacionales, cuyo abordaje por separado implicaría mayor dificultad para atender las necesidades de las poblaciones de estos espacios geográficos limítrofes.

Artículo 25. Territorios focalizados o subdivisiones internas de carácter local. Las Direcciones Territoriales de Salud podrán, así mismo, definir territorios focalizados o subdivisiones internas de carácter local, para responder de manera efectiva a necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según necesidades y propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.

Parágrafo. Revisión de las condiciones sociales, económicas y culturales a nivel territorial. La constitución de los territorios especiales en salud debe garantizar una revisión de las condiciones sociales, económicas y culturales y de las formas como se han abordado las necesidades en salud de dichos territorios, en las zonas donde se plantee la necesidad y conveniencia de concurrir administrativamente más de una repartición territorial en salud, mediante un esquema asociativo.

Artículo 26. De las Instancias Operativas. Las instancias operativas del Sistema de Seguridad Social en Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente Ley.

CAPÍTULO IV. FINANCIAMIENTO

Artículo 27. Características generales. El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones, y aportes al sistema de seguridad social en salud y accidentes de tránsito, con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de construir solidaridad tanto horizontal como vertical, en beneficio de toda la población, condiciones de solidaridad que deben fortalecerse entre generaciones (edad), entre géneros, entre empleados y desempleados, entre sanos y enfermos, entre población urbana y rural, entre regiones con distinto nivel de desarrollo, entre ciudadanos con alto y bajo ingreso, en busca de mayor equidad en el derecho a la salud.

Artículo 28. Aportes desde todos los actores. De esta forma, todas las personas y las empresas, según su situación social y condiciones de ingresos, aportan a la financiación del sistema mediante contribuciones ligadas al salario, a los ingresos o a la renta, impuestos, tasas o contribuciones que se destinan o asignen al Sistema de Seguridad Social en Salud en los presupuestos de orden nacional, departamental, distrital o municipal, incluyendo los Territorios de Salud, de forma conjunta con otros ingresos y pagos expresamente establecidos por el ordenamiento jurídico.

Parágrafo. Recursos por cooperación bilateral y multilateral. El Ministerio de salud con acompañamiento del Ministerio de Relaciones Exteriores, deberá

elaborar trimestralmente un plan de acción y gestión para el desarrollo de las distintas formas de cooperación internacional que faciliten el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Mirar si está en otro artículo unificar y eliminar en una de las dos partes)

Artículo 29°. Fondo Único Público para la Salud. Créase el Fondo Único Público para la Salud con persona jurídica de carácter público, administrado por el ADRES, con presupuesto, administración, dirección y personal propios, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la supervisión del Consejo Nacional de Salud, el cual fungirá como una Junta Directiva, que nombrará a la persona administre, y cuya inspección y vigilancia estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 30°. El Fondo Único Público para la Salud tiene los siguientes objetivos misionales:

a)

b) Favorecer, mediante la asociación de los recursos, la eliminación de las inequidades prevalentes en materia de salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito.

c) Propiciar la asignación, transferencia y gasto equitativo de los recursos por territorios de salud y a partir de estos, por territorios focalizados y otras subdivisiones territoriales.

d) Integrar los recursos públicos disponibles para garantizar la Atención Primaria Integral en Salud (APIS).

e) Conformar una Central Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.

f) Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud de forma oportuna para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, directamente a las Instituciones Hospitalarias para el control, provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos.

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

Parágrafo 1. El Fondo Único Público para la Salud no hará parte del Presupuesto General de la Nación, pero sí de la contabilidad del gasto público, respetando el criterio definido en el Artículo 350 de la Constitución Política de no disminuir su proporción porcentual y su cantidad a valor presente, con relación al año anterior, respecto del gasto total de la correspondiente Ley de Apropiaciones, y deberá responder a los organismos de control por la trazabilidad de los recursos asignados.

Parágrafo 2. El funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud será presupuestado y financiado con un porcentaje de los recursos fiscales y parafiscales recaudados para la prestación de servicios de salud que no excederá de cero punto tres por ciento (0.3 %) de los recursos distintos de las transferencias ordenadas por la Constitución a los territorios, el cual será definido anualmente por el Consejo Nacional de Salud.

Artículo 31°. Fuentes de financiación del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud será constituido con las siguientes fuentes de recursos:

1. Recursos fiscales del orden nacional:

    a) Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) definidos como participaciones para salud, agua potable y saneamiento básico, según lo establecido en las leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007, asignados mediante cuentas específicas a los entes territoriales.
    b) Los recursos de una partida anual del Presupuesto General de la Nación (PGN) equivalente a la sumatoria del monto total de las cotizaciones aportadas por patronos y trabajadores dependientes, provenientes de la cotización para la seguridad social en salud recaudadas en el año inmediatamente anterior.
    c) Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad-Valorem con una tasa del 30%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado.

2. Recursos parafiscales del orden nacional:

a) Los recursos provenientes de las cotizaciones para la seguridad social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes
b) Los recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital. Los recursos provenientes de las cotizaciones de los pensionados.
c) El dos por ciento (2%) del aporte a las Cajas de Compensación Familiar.
d) Los rendimientos financieros.

Artículo 32°. Aportantes. La financiación de la seguridad social en salud debe ser tripartita. Todas las empresas, deben aportar sin excepción al Fondo Único Público para la salud de conformidad con los contratos suscritos de trabajo suscritos y por los contratistas en el caso de la prestación de servicios personales.

Artículo 33°. Aportes a la seguridad social. Todo contrato de trabajo, sin importar la tipología jurídica, debe incluir aportes al sistema de seguridad social en salud, que en caso de no realizarse generarán una deuda exigible con la seguridad social y se constituirá en una obligación fiscal que generará cobro coactivo.

Artículo 34°. Cotización de los trabajadores. Todos los trabajadores dependientes e independientes, así como los contratistas de prestación de servicios y rentistas de capital deben cotizar a la seguridad social en proporción a su ingreso, cotización que en caso de no hacerse generará una deuda exigible con el sistema y se constituirá en obligación fiscal que generará cobro coactivo.

Artículo 35°. Sobre el carácter obligatorio de las cotizaciones para la salud. La cotización al sistema de seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito es de carácter obligatorio; para todos los efectos son dineros públicos y serán entendidos como de carácter parafiscal. Todo contrato laboral incluirá los costos correspondientes a esta cotización, incluyendo los trabajadores que aportan a los regímenes especiales de seguridad social en salud. Los trabajadores independientes deberán presentar su autoliquidación de ingresos para hacer la cotización correspondiente ante la Central Única de

Recaudo, que hace parte del Fondo Único Público para la Salud. La cotización para enfermedad general y maternidad será en las siguientes proporciones:

a) 12,5% sobre los salarios de los empleados o trabajadores dependientes, en proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador.

b) 12 % sobre el 40 % de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y por los rentistas de capital, superiores a un (1) salario mínimo mensual

c) 12 % de los ingresos de los pensionados, excepto de las pensiones menores a dos salarios mínimos que cotizarán un 4 %.

Parágrafo 1. En lo referente a los 8.5 % de los aportes patronales de los trabajadores con ingresos inferiores a 10 salarios mínimos, que desde la ley 1607 de 2012 asumió el presupuesto nacional, los Ministerios de Salud y Hacienda deben presentar al Consejo Nacional de Salud, en el término de un año, un estudio sobre la conveniencia de que el Estado continúe haciéndose cargo de los aportes para la salud que previamente correspondían a los patronos, y por cuanto tiempo, sopesando los efectos a largo plazo para la estabilidad financiera del sector salud y las finanzas públicas en general, así como para el desarrollo del Estado social de derecho. El Consejo Nacional de Salud solicitará la evaluación de este informe a un grupo de universidades.

Parágrafo 2. No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del Sistema tales como copagos o cuotas moderadoras, ni se podrán establecer condiciones como preexistencias o exigir períodos mínimos de cotización o de carencia.

Parágrafo 3. El Consejo Nacional de Salud dispondrá los mecanismos de estímulo, inspección, vigilancia y control de la cotización en salud, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 36°. Central Única de Recaudo para el Sistema de Seguridad Social en Salud (CUR). Créase la Central Única de Recaudo para el Sistema de Seguridad Social en Salud (CUR), como parte integrante del Fondo Único Público para la Salud. Su función será recaudar todos los aportes de cotizaciones en salud, y accidentes de tránsito en todo el país, para incorporar los recursos al

Fondo Único Público para la Salud. Esta central contará con un mecanismo de recaudo de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en el documento de identificación establecido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Nota: Mirar funciones ADRES y revisar el nombre

Artículo 37°. Estructura del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud contará con ocho (8) cuentas, según la destinación de los recursos, denominadas así:

a) Atención Primaria Integral en Salud (APIS): destinada a la cofinanciación de la Atención Primaria Integral en Salud.

b) Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE): destinada a la cofinanciación de los servicios de mediana y alta complejidad tecnológica y de atención especializada.

c) Programa de Salud en el Trabajo, destinada a la financiación de la prevención de los riesgos tanto de trabajadores formales como informales y la investigación de esta problemática de salud.

d) Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): destinada al diseño y desarrollo de los programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública, a la compra, producción de biológicos para inmunizaciones y de medicamentos de interés público, vigilancia y control de medicamentos, alimentos y a la evaluación de tecnología e innovación en salud.

e) Fondo Nacional para cobertura financiera de catástrofes y epidemias Destinada a soportar los riesgos no calculados o excesivos de una región o el país por causa de Catástrofes o Epidemias

f) Prestaciones Económicas en Salud): destinada al pago de las prestaciones económicas derivadas de la situación de maternidad e incapacidad o invalidez por enfermedad general

g) Infraestructura y equipamiento en salud (IES): destinada a la construcción, adecuación o renovación de la infraestructura pública de servicios de salud en todo el territorio nacional.

h) Formación en salud (FS): destinada al estímulo de formación de personal en salud en áreas prioritarias según las necesidades de salud de la población.

i) Funcionamiento del Fondo (FF): destinada a cubrir los gastos de funcionamiento del Fondo.

Artículo 38°. Distribución de los recursos en las subcuentas del Fondo Único Público para la Salud. El Fondo Único Público para la Salud hará la distribución de los recursos disponibles a cada una de las subcuentas que lo constituyen con base en el criterio de buscar la universalidad de la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), considerando las necesidades y especificidades detectadas en los territorios de salud. Tomando como punto de partida el gasto en salud por niveles de atención y en acciones colectivas, en el período de transición de los dos primeros años de vigencia de la presente Ley, el Consejo Nacional de Salud distribuirá los recursos entre las siguientes cuentas:

a) Cuenta Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)

b) Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE)

c) Cuenta Promoción de la Salud en el Trabajo

d) Cuenta Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP)

e) Cuenta de enfermedades raras

f) Cuenta Fondo Nacional de Catástrofes y Epidemias

g) Cuenta Prestaciones Económicas en Salud

h) Cuenta de Infraestructura y Equipamiento en Salud (IES)

i) Cuenta de Formación en Salud (FS)

j) Cuenta de Funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud (FF)

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social hará los estudios de costos que permitan ajustar semestralmente las proporciones de la asignación de los recursos a las cuentas, las cuales serán aprobadas por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social en la vigencia fiscal, podrá presentar al Consejo Nacional de Salud propuesta de incremento de asignaciones al fondo que lo requiera, con previa justificación de los motivos y objetivos pretendidos con el incremento en la asignación de recursos, cuando las necesidades de prestación del servicio lo requieran por eventualidades sanitarias.

Parágrafo 3. Con el fin de dar una adecuada respuesta a las enfermedades huérfanas y olvidadas, el Consejo Nacional de Salud formulará una política pública específica, con base en propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que destine recursos a instituciones específicas, orientada por la garantía del derecho fundamental a la salud de las poblaciones afectadas por este tipo de enfermedades, sin relación expresa a la capacidad de pago de las personas o las familias, que incluya la articulación con el Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, para el desarrollo de nuevos conocimientos sobre el diagnóstico, prevención y tratamiento de las mismas.

Artículo 39°. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social presentará para aprobación por parte del Consejo Nacional de Salud un Plan Nacional de Equipamiento en Salud a diez (10) años, con criterios de equidad regional, concertado con las unidades territoriales de salud y con revisiones cada dos (2) años, con base en los recursos destinados para tal efecto en la cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud.

Artículo 40°. Fondos Territoriales de Salud. Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud, excepto los fondos regionales de seguridad social en salud, que manejan recursos parafiscales y por tanto serán administrados por un Consejo Administrador de la Seguridad Social en Salud integrado por representantes de los empleadores, los trabajadores y el Gobierno en cada región.

Los Fondos Territoriales de Salud recibirán los recursos provenientes de las transferencias del Fondo Único Público para la Salud para cada Territorio de Salud y los sumarán a los recursos de diferente origen propios del ente o entes territoriales participantes según la normatividad vigente, en especial, la Ley

1393 de 2010 sobre rentas cedidas al orden territorial de destinación específica para la salud.

Artículo 41°. Criterios generales para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud. Los criterios para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud serán definidos anualmente con base en los criterios del Sistema General de Participaciones (SGP), más un sistema de incentivos a la equidad y la rentabilidad social. El mecanismo de distribución deberá asignar más recursos, según la proporción que defina el Consejo Nacional de Salud durante el primer año de vigencia de la presente Ley, a los territorios que tengan las siguientes características:

a) Mayor prevalencia o incidencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública que la tasa nacional.

b) Inequidades en salud, medidas por resultados de morbi-mortalidad y por restricciones de acceso a los servicios de salud (barreras económicas, geográficas, administrativas o culturales) entre subgrupos de la población a cargo y entre Territorios de Salud.

c) Mayor mortalidad materna e infantil que la tasa nacional.

d) Menor cobertura de saneamiento básico y agua potable que la cobertura nacional.

e) Mayor incidencia de emergencias y desastres que el promedio nacional.

f) Deficiencias notorias en la oferta de servicios de salud

Artículo 42°. Estructura de los Fondos Territoriales de Salud. Los Fondos Territoriales de Salud tendrán las mismas tipologías de subcuentas del Fondo Único Público para la Salud, para ejecutar los recursos según los tipos de servicios definidos en el modelo de atención establecido por la presente Ley.

Artículo 43. Descentralización. Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991, con el propósito de garantizar la autonomía de los territorios en su capacidad de gasto e inversión para la protección del derecho fundamental de la salud. Las competencias y recursos

establecidos en la Ley 715 de 2001 continúan vigentes, salvo los numerales específicos que a continuación se derogan:

Artículo 44. Nivel municipal: (Modifica expresamente el Artículo 44. Numeral 2. de la ley 715). Los municipios recibirán los recursos que determinó el ordenamiento jurídico, para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en el Fondo de Salud Municipal, con destinación específica a la atención primaria, que incluye la atención básica de sus habitantes, la promoción de la salud y el control de los factores de riesgo, así como las acciones sobre los determinantes sociales, con el objetivo de garantizar una mejoría constante en los indicadores de salud de la población.

Artículo 45. En el Fondo Municipal ingresarán recursos por actividades propias del objeto social, la asignación de las regalías que destinen al sector salud y los recursos de solidaridad que distribuyan a los municipios los fondos de seguridad social regionales. Igualmente, los recursos propios que consideren pertinentes. Los distritos constituirán un Fondo separado que se denominará Fondo Distrital de Atención Primaria en Salud, con este objetivo.

Artículo 46 . Nivel departamental y distrital (Modifica expresamente el Artículo 43. Numeral 2.2. de la ley 715) Los departamentos y distritos financiarán, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, así como con recursos propios, que consideren pertinentes, el desarrollo de la red hospitalaria pública para garantizar la prestación de servicios de mediana y alta complejidad en todo su territorio, con criterios de equidad poblacional, así como la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, con recursos de inversión y funcionamiento, así como la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio. Se derogan específicamente los numerales 4.3.3.9. 4.3.4, 4.3.4.1 4.3.4.2 y el Artículo 47de la Ley 715.

Artículo 47. Fondo Departamental y Distrital de Salud. Los departamentos y distritos integrarán en el fondo departamental o distrital de salud, las rentas cedidas, las contribuciones del SOAT y los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar en su territorio, financiamiento destinado a

planear, organizar, dirigir y garantizar la prestación de servicios de mediana y alta complejidad en su territorio, la red de atención de urgencias y para garantizar el transporte medicalizado interinstitucional de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en el momento que se requiera, con recursos de inversión y funcionamiento, así como para planear, organizar, dirigir y garantizar la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio. Igualmente, financiarán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.

Parágrafo. En el Fondo Departamental o Distrital ingresarán igualmente recursos propios, recursos por actividades económicas en el marco del objeto social, en concurrencia con la porción de las regalías que destinen al sector salud.

Artículo 48. Quedan derogados, a partir de la expedición de la presente ley, los Artículos 47, 48, 49 y 50º de la Ley 715 de 2001, así como las demás normas posteriores a la Ley 715 que condicionen la destinación de recursos de los Fondos Territoriales a subsidios a la demanda o que condicionen su entrega a las instituciones hospitalarias públicas, relacionadas con regímenes de seguridad social en salud diferenciales o poblaciones no aseguradas, que dejan de existir con la presente ley.

Artículo 49. Nivel Regional: El nivel regional integra un grupo de departamentos y distritos organizados bajo un "territorio de salud", regido por un Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y un Director Regional de Salud elegido por el respectivo Consejo.

El Nivel Regional contará igualmente con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud. En este fondo se ubicarán presupuestalmente los aportes parafiscales para salud recaudados desde el territorio por parte del Sistema Único de Recaudo.

Artículo 50. Los Fondos de carácter parafiscal no harán parte de los presupuestos nacional ni territoriales y a ellos ingresarán todos los aportes de seguridad social en salud de empresas, trabajadores, contratistas y rentistas de capital del respectivo territorio.

Igualmente, ingresarán a los Fondos Regionales contablemente los aportes a la seguridad social en salud provenientes del Presupuesto General de la Nación (PGN), correspondientes a la proporción de la atención de mediana y alta complejidad de la población no contributiva.

El Consejo Nacional de Salud establecerá un per cápita para la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, según sexo, grupo etario, zona geográfica y otras variables que considere. Para garantizar la equidad entre las regiones utilizará los recursos del PGN, que sumados a los recursos de las cotizaciones garantizarán el financiamiento per cápita de la totalidad de los afiliados de cada región.

Parágrafo 1. La administración de cada Fondo Regional de Salud estará a cargo del Consejo Administrador de la Seguridad Social en Salud de la región, integrado por tres representantes de los empleadores, tres representantes de los trabajadores, dos representantes del Gobierno Nacional, delegados por los Ministerios de Salud y Hacienda y un representante de los Gobernadores y Alcaldes distritales de la Región. El Consejo será responsable del buen manejo de los recursos de la seguridad social en la región. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de elección de los representantes de los empleadores y de los trabajadores.

Parágrafo 2. El Consejo Administrador de la Seguridad Social en la región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social y este a los respectivos subgerentes del Fondo Regional en cada departamento y distrito, funcionarios de libre nombramiento y remoción que deben cumplir para su posesión los requisitos que establecerá el Gobierno Nacional.

Artículo 51. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud autorizarán y ordenarán el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias y ambulatorias, públicas y privadas o mixtas, que se integren a la red de servicios del territorio, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional para todo el Sistema.

Parágrafo 1. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud llevarán un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos del afiliado que los recibió, municipio, Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS, patología y otras variables de relevancia, base de datos que una vez

anonimizada permita a los responsables institucionales y a los investigadores, tanto públicos como privados, realizar análisis comparados del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada territorio, con el objeto de fortalecer la toma de decisiones sectorial en procura de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Parágrafo 2. Las tarifas únicas y obligatorias, revisadas con periodicidad anual, servirán como herramienta de política para que la dirección del Sistema incentive el desarrollo de servicios escasos o desestimule los utilizados más allá de las recomendaciones científicas.

Artículo 52. Los aportes de solidaridad provenientes de las cotizaciones deberán ser distribuidos por el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud entre los municipios de la región para fortalecer la atención primaria, con criterios de equidad y teniendo como insumo las recomendaciones del Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud.

Artículo 53. Nivel Nacional: El nivel nacional administrará los recursos del Sistema en el Fondo Nacional de catástrofes y epidemias que se financiará con un 0.2 % de los aportes a la seguridad social que se trasladen a los Fondos Regionales. Este fondo incluirá un seguro internacional para garantizar recursos en situaciones de catástrofes o pandemias.

Parágrafo. En virtud del principio de cooperación, entre el sistema nacional de gestión de riesgos y desastres y el Sistema de Seguridad Social en Salud se definirán los criterios y planes de respuesta frente al conocimiento y gestión en las prevenciones del riesgo.

Artículo 54. El nivel nacional también constituirá un Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general. Igualmente, con recursos del presupuesto nacional, financiará los programas especiales de prevención y control de patologías que desee fomentar en los territorios y las actividades comunicacionales sobre promoción de la salud y prevención y control de patologías que requieran acciones nacionales.

CAPÍTULO V. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS

Artículo 55. Administración de los Fondos Territoriales de Salud. Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud,

Artículo 56. Funciones de las Direcciones Territoriales de Salud. Las Direcciones Territoriales de Salud tendrán las siguientes funciones:

a) Recaudar los recursos de los entes territoriales involucrados en el territorio de salud correspondiente y articularlos a los transferidos por el Fondo Único Público para la Salud para constituir el Fondo Territorial de Salud correspondiente. (cuenta única)

b) Distribuir los recursos integrados del orden nacional y territorial, según las cuentas correspondientes del Fondo Territorial de Salud.

c) Proponer al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cinco (5) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud.

d) Organizar el presupuesto y los mecanismos de relación y/o contratación de los prestadores de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, en el territorio de salud a su cargo, y las formas de pago de los servicios prestados por otros prestadores externos, en caso de requerirse atenciones en lugares por fuera del Territorio de Salud, con criterios de calidad, integralidad y equidad en la atención.

e) Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y 1562 de 2012.

f) Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 57. Manejo técnico y transparencia de los recursos. Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos municipales, se constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como organismos técnicos descentralizados de las direcciones departamentales y

distritales de salud, que integren municipios o localidades con grupos poblacionales no menores de 100.000 habitantes y no mayores de 1.000.000 de habitantes. Para la conformación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación se tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Parágrafo. En el caso de los municipios o distritos mayores a un millón (1.000.000) habitantes, deberán crearse varias Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en salud.

Los estándares para el manejo técnico y transparencia en los recursos se deben orientar al reconocimiento del modelo de atención y la prestación del servicio como la prioridad en el goce efectivo del derecho, supeditando la estructura administrativa a este objetivo.

Artículo 58. Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación deberán contar como mínimo con profesionales expertos en salud pública, administración de salud y saneamiento ambiental, así como profesionales de información y sistemas y; deberán asesorar la formulación de los planes de salud municipales y la formulación de los presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de

influencia, así como fijar su concepto, proporcionando observaciones u objeciones técnicas sobre los contenidos finales del Plan de Salud o del presupuesto anual aprobado por los Concejos Municipales.

Parágrafo. Los departamentos y distritos reglamentarán el número de zonas de planeación y evaluación, para lo cual tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015. Igualmente determinarán su estructura y organización, el presupuesto para los gastos de funcionamiento, el reglamento general de funcionamiento y las reglas generales del proceso de selección de los funcionarios para su composición. Igualmente, los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de cada Unidad Zonal.

Artículo 59. Los municipios estarán en la obligación de reportar a las Unidades Zonales toda la información sobre actividades y recursos ejecutados y objetivos y metas alcanzados, con periodicidad mensual.

Artículo 60. Las Unidades Zonales rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, y a los organismos de control. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para garantizar que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

CAPITULO VI. REDES DEPARTAMENTALES DE SALUD

Artículo 61. Para garantizar el manejo técnico de los recursos de los Fondos Departamentales y Distritales, las Direcciones Territoriales organizarán un Consejo de Planeación y Evaluación en Salud, encabezado por el Director Territorial de Salud, con su grupo de profesionales expertos, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planificación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de las Universidades en áreas de la administración en salud o salud pública y delegados de la sociedad civil. Igualmente, garantizará los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de cada Departamento o Distrito.

Parágrafo. El Consejo de Planeación y Evaluación en salud Departamental o Distrital deberá realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes para garantizar la atención oportuna de los habitantes en las distintas zonas del respectivo territorio, sus deficiencias y fortalezas, evaluación que estará acompañada de las recomendaciones para su desarrollo y adecuación, que indiquen las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio, con todos los atributos de la calidad en salud. El informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios será remitido a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, al Fondo Regional de seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud. Una copia de cada informe debe remitirse a las bibliotecas de las Universidades Públicas en el Departamento o Distrito y a las Universidades Privadas y Centros de investigación en salud que lo soliciten,

Artículo 62. El Consejo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud deberá recomendar técnicamente la construcción del Plan Territorial de Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas. Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Universidades en el respectivo Departamento o Territorio, para garantizar el acceso público a la información. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para garantizar que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

Artículo 63. Para garantizar el manejo técnico de los recursos de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, se constituirá un Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud, conformado por representantes de las direcciones departamentales y distritales de salud del respectivo territorio, que deberá recomendar los ajustes a la red de servicios de mediana y alta complejidad en la región y hacer una evaluación trimestral de los servicios prestados, la suficiencia y pertinencia de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas en términos de indicadores de calidad de la prestación de servicios. Igualmente, garantizará los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de la operación de la red de servicios de cada Región.

Artículo 64. El Consejo Regional de Planeación en Salud dispondrá del apoyo de una oficina y un grupo de profesionales expertos de dedicación exclusiva, para garantizar la labor técnica en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio, cuyos gastos estarán a cargo del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 65. Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados al Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, a las autoridades territoriales que conforman la región, así como a los organismos de control. Una copia del informe será remitida a las bibliotecas de todas las Universidades en la respectiva región, para garantizar el acceso público a la información. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para

garantizar que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

Artículo 66. En un plazo no mayor a un año a partir de la vigencia de la presente ley, la Superintendencia de Salud debe garantizar la conformación de un equipo de trabajo, con funciones específicas para la evaluación de los informes, con el propósito de garantizar un seguimiento real y efectivo a los informes y las acciones que sean necesarias para garantizar la vigilancia y control oportuna.

Parágrafo 1. El contenido de los informes. Cada uno de los informes que se generen por parte de las instituciones del sistema deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.

Parágrafo 2. Delimitación y precisión. En la ley para la asignación de recursos necesarios, la medición de resultados debe ser anual, incluido el informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.

Artículo 67. La periodicidad de los informes se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal, garantizando información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.

Artículo 68. Las Unidades Zonales, así como los Consejos de Planeación Departamentales y Distritales y los Consejos Regionales de Planeación deben desarrollar un sistema de información detallado, abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.

Parágrafo 1. La plataforma de rendición de cuentas del Sistema de Seguridad Social en Salud, debe ser un portal interoperable que permita el cruce masivo de información por cada uno de los municipios, con toda la información disponible del sistema (Informes, bases de datos, Directorios, Canales, Archivos, Bibliotecas virtuales de código libre) entre otros componentes de la información que generen los actores.

Parágrafo 2. Por parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en su conjunto se garantizará asignación presupuestal específica, para el funcionamiento

operativo del sistema de información, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con el acompañamiento del Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Parágrafo 3. Se establecerá un plazo de reglamentación, planificación y periodo de prueba por el término de seis (6) meses, en un plazo no mayor a un (1) año, a partir de la vigencia de la presente ley se debe garantizar el funcionamiento a nivel nacional del sistema de información.

Artículo 69. Naturaleza pública de los recursos para la salud. Los recursos aportados para la salud, en la forma de cotizaciones o impuestos, son de naturaleza pública e inembargable y no serán objeto de ánimo de lucro o de especulación económica. Estos recursos serán sometidos a cuidadosa inspección, vigilancia y control de su aplicación por parte de la Contraloría General de la República, la cual deberá contar con la suficiente capacidad técnico-administrativa, de manera desconcentrada y con participación social, mediante redes de control social sobre el uso de estos recursos.

CAPÍTULO VII. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 70. Cobertura de atención del Sistema de Seguridad Social en Salud. El Estado reconocerá como parte del derecho fundamental a la Atención Integral en Salud, lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015, Estatutaria de Salud. Comprende todos los bienes y servicios que se requieran, individuales y colectivos, definidos por profesionales de la salud o agentes de salud aceptados por el Estado colombiano, excepto las exclusiones, establecidos en el Art. 15 de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1715 del 2015 y su reglamentación.

Parágrafo: Los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se adviertan los criterios de exclusión señalados en el artículo 15 de la Ley 1751/2015 Estatutaria de Salud. Dicha exclusión se llevará a cabo previo procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo, vinculante y transparente.

Artículo 71. El Estado podrá exonerar de manera temporal, para el cumplimiento de las obligaciones de aportes y cotizaciones para salud, a

microempresas y trabajadores independientes en condiciones económicas adversas que puedan ser comprobadas y verificadas, o cuando la renta presuntiva del independiente sea inferior a dos líneas de pobreza.

Parágrafo. Anualmente el Consejo Nacional de Salud evaluará las exenciones temporales y determinará su permanencia de acuerdo con los términos y condiciones en los cuales fueron concedidas.

Artículo 72. Acceso a los servicios de salud. Cualquier persona en el país, podrá solicitar la atención en salud, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, con su identificación expedida por la Registraduría del Estado Civil, o por otros métodos que permitan la comprobación de su identidad. Se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud a la persona que lo solicite.

Artículo 73. El Estado deberá establecer los mecanismos de recaudo de las deudas generadas por el no pago de la seguridad social, mediante mecanismos fiscales. En ningún caso el no pago o atraso en las obligaciones con la seguridad social de empresas, trabajadores o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.

Parágrafo. En virtud del principio por persona, el Sistema de Seguridad Social en Salud brindará cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud a la población migrante regularizada y no regularizada, de conformidad con los principios de la ley estatutaria. Igualmente, a los extranjeros con residencia temporal y los turistas, sin perjuicio de que se le exija a esta cobertura de un seguro de salud internacional, contra el cual los Fondos Regionales de seguridad Social puedan generar recobros por los servicios prestados.

Artículo 74. Concepto de calidad del servicio de salud. Se define como calidad del servicio de salud a la materialización real y efectiva de todas las condiciones institucionales para el goce y disfrute del más alto nivel posible de la salud, de conformidad con los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad y humanización. La calidad se debe materializar como una garantía de la atención en salud de todos los usuarios.

Parágrafo: Las normas del Sistema de Calidad dirigidas a las Instituciones Prestadoras de servicios de salud continúan vigentes.

Artículo 75. Naturaleza de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán únicamente de tres tipos: pública, privada y mixta. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y no de competencia de mercado.

Parágrafo. En virtud del régimen de transición, las disposiciones normativas referentes a las Empresas Sociales del Estado estarán vigentes hasta la reglamentación de las instituciones que en el nuevo sistema entren a cumplir las funciones y competencias asignadas a las ESE antes de la vigencia de la presente ley.

Se conservará toda la estructura locativa y operativa de las Empresas Sociales del Estado a la fecha vigente, para la actualización de la capacidad operativa del sistema.

Artículo 76. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS). Las Redes Integrales de Servicios de Salud son conjuntos ordenados de servicios, prestados por diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público, privado o mixto, ubicadas en los Territorios de Salud relacionadas según la necesidad de atención en salud respaldada con los recursos tecnológicos correspondientes. Las redes de servicios son:

Las redes de servicios son:

a) Red de Atención Primaria Integral en Salud.

b) Red de servicios especializados ambulatorios.

c) Red de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria

d) Red de urgencias médicas.

e) Red Nacional de Laboratorios

f) Redes integrales de apoyo (vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud, y de rehabilitación).

Parágrafo 1. El Consejo Nacional de Salud definirá los estándares y mecanismos para la conformación de las redes de servicios en los territorios de salud y la adecuación de las formas de gobierno y participación social en la gestión de los centros y hospitales públicos, con base en la propuesta técnica

apoyada en experiencias propias y de otros países, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las redes de servicios en los territorios de salud que se definan. La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria y en concordancia con los lineamientos que establezca el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 2. El gobierno reglamentará las nuevas tecnologías como telemedicina, el proceso de define en dos etapas: la primera corresponde a la reglamentación técnica y operativa de los sistemas de tecnología de la información y la comunicación, cuyo proceso corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo periodo máximo de reglamentación será de un (1) año, a partir de la vigencia de la presente ley.

Parágrafo 3. La segunda etapa reclama el reconocimiento de la telemedicina como un componente de la autonomía médica, cuyos parámetros generales serán definidos en una comisión de expertos del área de la salud, comisión médico-científica que analizará los procedimientos para la atención, el contexto de la distribución geográfica, según las condiciones de las poblaciones dispersas y rurales, el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación, la calidad, pertinencia y oportunidad del diagnóstico por medios virtuales según la tipología de necesidades de atención del usuario.

El objetivo de la comisión de expertos será garantizar un consenso sobre los criterios generales del cómo se debe garantizar el derecho por medios como la telemedicina, con plenas garantías de calidad y eliminando riesgos sobre las brechas en la desmejora del servicio. La comisión de expertos tendrá un plazo de seis (6) meses para la definición de los estándares generales, a partir de la fecha de expedición de la presente ley.

Artículo 77°. Autorregulación médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de composición plural entre las disciplinas y las especialidades médicas, relacionados con los servicios ofrecidos, cuya función será ejercer la autorregulación colectiva e institucional de las decisiones médicas y prevenir el uso indebido o no justificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.

Artículo 78°. Procedimiento de resolución de conflicto por parte de los profesionales de salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o por las juntas médicas de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, utilizando criterios de razonabilidad científica y ética, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica) o la reglamentación que emane posteriormente a la aprobación de la presente ley.

Artículo 79°. Formas de relacionamiento entre las Direcciones Territoriales de Salud y las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud. Las formas de relacionamiento entre las Unidades Territoriales de Salud y las Instituciones que conforman las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) serán de cuatro tipos, según su naturaleza institucional y en atención a un sistema de contabilidad de costos de los bienes y servicios de salud:

a) Presupuestos anuales financiados con recursos públicos que garanticen el completo funcionamiento de los Centros de Atención Primaria por parte de los Municipios y Distritos, como entidades de carácter público.

b) Presupuestos anuales financiados con recursos públicos para cada uno de los centros y hospitales públicos del Territorio de Salud, según su complejidad tecnológica y el régimen laboral que se establezca, que garanticen el funcionamiento sin crisis y el pago oportuno del personal de salud de planta que labora en los hospitales, basado en los criterios de la presente ñ-9999ley, por parte de los presupuestos departamentales y distritales, que deben complementar la capacidad institucional de facturación de servicios.

c) Formas de pago complementarias a los centros y hospitales públicos por servicios integrados que estimulen la calidad de la atención, la accesibilidad, la oportunidad, la aceptabilidad de los servicios de salud, el logro de metas y resultados en salud, la superación de inequidades y el desarrollo del modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Con el fin de cualificar continuamente la prestación y atención de los servicios, el Ministerio de Salud diseñará y reglamentará estrategias para reconocer el esfuerzo realizado por cada institución en ese sentido.

d) Pago por prestación de servicios a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, por parte de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, según las necesidades de la población en el territorio correspondiente.

e) Formas de pago específicas para servicios prestados en otros territorios de la geografía nacional.

Parágrafo 1. Cuanto menor posibilidad de obtener ingresos por facturación de servicios de mediana y alta complejidad tenga un hospital público, por las características poblacionales del territorio que sirve, mayor presupuesto público debe recibir por parte del departamento o distrito al que pertenece.

Parágrafo 2. El Consejo Nacional de Salud definirá el sistema de contabilidad de costos, las formas de contratación y pago a los proveedores directos de servicios y el sistema tarifario para prestadores independientes, con base en propuestas técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y del Instituto Nacional de Salud, con la participación de los prestadores, los trabajadores y los profesionales de la salud, con especial atención a la protección de la red hospitalaria pública.

Artículo 81°. Prestación de servicios médicos asistenciales. La prestación de los servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y regreso a las actividades normales de cada persona tratada, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 82°. La prestación de servicios médicos asistenciales igualmente, incluye los servicios de atención prehospitalaria de urgencias, el transporte de pacientes y los servicios farmacéuticos, aplicando los estándares de reconocimiento del desarrollo jurisprudencial, posterior a la vigencia de la ley estatutaria, a todas las decisiones administrativas en materia de salud.

Artículo 83°. Integración de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas y mixtas, harán parte de la red de servicios del Sistema de Seguridad Social en

Salud. Para integrarse a las redes, las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas declararán por escrito su decisión de adscripción voluntaria a la red departamental o distrital donde estén habilitadas.

Artículo 84°. Adscripción de instituciones privadas y mixtas a la red de servicios. La adscripción es un proceso por el cual la institución prestadora de servicios de salud privada se acoge a los mandatos de la presente ley y se compromete a no discriminar ningún paciente del Sistema de Seguridad Social en Salud que le sea remitido para los servicios habilitados en su institución, como también a aceptar el tarifario único y las condiciones para el pago de dichos servicios, así como el Sistema de Información dictados por el Ministerio de Salud y Protección Social y, finalmente, se obliga a tener en operación permanente un Comité Médico que analice el uso racional y eficiente de procedimientos, medicamentos e insumos al interior de la institución, así como en las órdenes médicas y fórmulas tramitadas hacia el exterior, acorde a principios de economía y los protocolos científicos disponibles.

Artículo 85º. Servicios Farmacéuticos. Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema de Seguridad Social en Salud deberán habilitar dicho servicio, de acuerdo con la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Industria y Comercio, elaborará el plan de acción y precisará los criterios del mercado que regirá para los distribuidores farmacéuticos, el plan de acción se deberá proyectar en el primer año de vigencia de la presente ley y deberá garantizar la participación de los distribuidores farmacéuticos en la deliberación y la toma de decisiones.

Artículo 86°. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, que podrá ser integrado con otros servicios de emergencia, como cuerpos de bomberos o Cruz Roja y tendrán igualmente a su cargo la coordinación de la red de urgencias, así como los servicios de atención básica domiciliaria a personas con limitación de la movilidad y a las personas sin hogar o en precaria condición social.

Artículo 87°. Atención Primaria Integral en Salud (APIS). La Atención Primaria Integral en Salud (APIS) es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos, técnicos, tecnológicos y científicos, promover la salud, prevenir la enfermedad y proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades, directamente y como "primer elemento de asistencia sanitaria" de alta calidad, costo efectivo, multi y transdisciplinaria.

Artículo 88°. La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial básico de los servicios curativos, involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

Artículo 89°. Adscripción para atención primaria. Todos los ciudadanos deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en función de la cercanía a su lugar de residencia.

Parágrafo. Los ciudadanos podrán solicitar la atención primaria de manera temporal en un sitio diferente al que se encuentra inscrito originalmente, mediante previa solicitud por escrito. Cuando cambien de residencia de forma permanente, deben registrarse en el Centro de Atención Primaria del respectivo barrio o sector que agrupa su vivienda.

Artículo 90º. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud deberán desarrollar estos centros para garantizar los servicios básicos, incluido un adecuado servicio de apoyo diagnóstico, y para dar sede a los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como para operar la oficina de referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad.

En centros urbanos, se deberá planificar como meta el desarrollo de un Centro de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) por cada 20.000 habitantes. Cada centro deberá contar a mediano plazo con una planta física adecuada para garantizar una atención digna a los ciudadanos en todos los componentes de atención básica y los correspondientes servicios de apoyo diagnóstico y

terapéutico. En centros urbanos con alta densidad poblacional los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico podrán desarrollarse para servir a dos o máximo tres centros de atención primaria, garantizando la cercanía a estos centros.

Artículo 91°. Los Municipios y Distritos definirán la ubicación y responsabilidad poblacional de los Centros de Atención Primaria Integral en Salud que deberán operar en el territorio, ubicarán la sede provisional y nombrarán al Director del Centro y su equipo profesional y técnico tan pronto esta ley les devuelva la competencia y los recursos para su funcionamiento, con el fin de que todos los Centros definidos inicien su operación de inmediato, como sede de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social con la población asignada. Igualmente, como centro de referencia de pacientes de la población asignada. Los servicios básicos deberán ser integrados progresivamente a la locación física del Centro de Atención Primaria, pero podrán disponerse inicialmente en las cercanías o incluso podrán contratarse algunos temporalmente, mientras se desarrollan las plantas humanas y físicas.

Artículo 92°. Los procesos administrativos generados en el proceso de prestación de los servicios, tales como referencia y contrarreferencia, traslados, hospitalizaciones, ordenes de servicios, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional, nunca trasladados dichos trámites al paciente o a sus familiares. Se prohíbe todo proceso administrativo de autorizaciones para la prestación de servicios.

Artículo 93°. Sistema de referencia y contrarreferencia: Referencia de pacientes. Su función es programar y efectuar el traslado de pacientes entre IPS de distinto nivel de complejidad en función de sus necesidades de atención y la capacidad resolutiva de las instituciones. Se considera que una referencia ha sido resuelta cuando se programa, se remite al paciente en medio de transporte adecuado, medicado y seguro, y se obtiene la atención solicitada, ambulatoria u hospitalaria, solicitada por su médico tratante desde la institución remisora. Contrarreferencia es el retorno informado sobre la continuación de los cuidados en su centro de atención primaria y su vivienda.

Artículo 94°. Cuando el ciudadano haya optado por recibir servicios médicos básicos distintos de su centro de atención primaria, asignado en función de su

residencia, pero requiera del Sistema servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos necesariamente desde el Centro de Atención Primaria.

Artículo 95°. Proceso Interinstitucional. Para garantizar la accesibilidad, continuidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional, mediado por instancia técnicas denominadas Coordinaciones Municipales, Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios.

Artículo 96°. Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá tener en funcionamiento permanente una Oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe orientarse por estas oficinas, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas Oficinas.

Artículo 97°. Cada Dirección Departamental o Distrital de Salud conformará una Oficina de Coordinación de la Red de Servicios.

Artículo 98°. Cada Región constituirá una Oficina de Coordinación Regional de la Red de Servicios, dependiente de la Dirección Regional de Salud y el Fondo Regional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 99°. A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir necesidades de atención que requieran superar los límites regionales, para coordinar la referencia de pacientes para tratamientos en instituciones especiales no disponibles en muchas regiones.

Artículo 100°. Principio de contigüidad. Cuando en el municipio de residencia del usuario tenga la disponibilidad de servicios especializados de mediana o alta complejidad, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestren se falencias en el servicio o problemas específicos que lo justifiquen.

Artículo 101°. Igualmente, la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades lejanas, cuando en las ciudades próximas

a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio, o condiciones particulares que la justifiquen, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

Artículo 102º. Principio de libre elección. Las oficinas de referencia de pacientes, en coordinación con las Coordinaciones Departamentales y Distritales de la Red deberán estar en disponibilidad de ofrecer al paciente dos o tres posibles instituciones para la atención de mayor complejidad que requiere, e informarles sobre la oportunidad, cercanía y posibles ventajas o desventajas adicionales de cada opción, para que el paciente pueda decidir, antes de ordenar la referencia.

Artículo 103°. Coordinación Departamental o Distrital de la Red. La instancia de Coordinación Departamental o Distrital de la RED, estará conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar el Sistema de Referencia y Contra-referencia (ruta de la salud), coordinar la referencia de pacientes entre las instituciones de atención básica y las instituciones con servicios de mediana y alta complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes.

Artículo 104°. La Coordinación Departamental o Distrital de la Red deberá tener línea abierta permanente con las IPS que prestan los servicios de mediana y alta complejidad de la red en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a las instituciones de la RED comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región.

Artículo 105°. La Coordinación Departamental o Distrital de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana.

Artículo 106º. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de

remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia.

Artículo 107°. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica.

Artículo 108°. La plataforma debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral a la Gobernación Departamental, a la Dirección Regional de Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Artículo 109°. En Distritos y municipios de mayor tamaño las Direcciones Territoriales de Salud podrán crear una o varias oficinas de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia, en la medida del tamaño poblacional y la multiplicidad de instituciones de atención primaria.

Artículo 110°. Coordinación Regional de la Red. La instancia de Coordinación Regional de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.

Artículo 111°. La Coordinación deberá depender de la Dirección Regional de Salud y debe ser constituida por el Consejo Regional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 112°. La Coordinación Regional de la RED deberá tener línea abierta permanente con las coordinaciones departamentales para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como comunicación estrecha con las direcciones médicas de las IPS que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los afiliados.

Artículo 113°. La Coordinación Regional de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios

de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.

Parágrafo. La coordinación regional de la red debe garantizar el cumplimiento de todos los estándares del sistema único de información.

Artículo 114°. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

Artículo 115°. Evaluación de la Prestación de Servicios de la Red. Cada Coordinación Territorial de la Red debe producir un informe semestral de Evaluación de la Red de Servicios, que será presentado ante la autoridad territorial, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con el componente de calidad que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) en sus términos y condiciones. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para garantizar que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

Artículo 116°. La evaluación de la prestación de los servicios de la red se realizará de forma periódica, pero constante, en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

a. Conformación y desarrollo de la red y de los prestadores de servicios de salud que hacen parte de esta. Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio.

b. Capacidad instalada de la red de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios.

c. Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

d. Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud

e. Evaluación de los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC): accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención.

f. Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.

CAPÍTULO VII. MODELO DE ATENCIÓN

Artículo 117°. Tipos de bienes y servicios esenciales de salud. Se entenderán como los bienes y servicios de salud que se requieren, para el goce efectivo del derecho fundamental, de conformidad a la atención por categoría de género, especificidad cultural o étnica, ciclo vital o situación de discapacidad o vulnerabilidad, se complementan según las necesidades de las personas, familias y comunidades, con base en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS).

Los tipos de bienes y servicios de salud son:

a) Atención Primaria Integral en Salud.

b) Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados.

c) Servicios de rehabilitación.

d) Programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública.

e) Prestaciones económicas.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Salud, con base en propuesta de reglamentación presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los compromisos específicos de cada tipo de servicios, con base en los criterios señalados en la presente Ley. Esta definición deberá ser adaptable al contexto en el lenguaje y el contexto intercultural, para tener en cuenta las especificidades territoriales y culturales, el perfil epidemiológico y la superación de inequidades relacionadas con la situación socioeconómica, la etnia, el género, el ciclo vital de las personas o grupos poblacionales en

situación de vulnerabilidad (desplazamiento, discapacidad, habitante de calle, prostitución, entre otros).

Artículo 118°. Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Con base en los principios ordenadores de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad y vínculo, para cumplir la función principal de coordinación de la atención integral de las personas, familias y comunidades, los componentes esenciales de la APIS que definirán los compromisos de las instituciones prestadoras son:

a) Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y la salud, así como las inequidades entre grupos de la población según su ubicación territorial.

b) Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y mejoramiento de calidad de vida y salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental y en el espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar.

c) Acciones específicas, con equipos transdisciplinarios, dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes en el hogar, el trabajo, establecimientos y las vías públicas.

d) Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutiva, general y especializada básica, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, salud visual, atención integral de la gestación, parto y puerperio, salud mental.

e) Servicios farmacéuticos y de tecnologías en salud, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.

f) Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primero y segundo nivel tecnológico ambulatorio.

g) Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario o paliativo, a quien lo requiera por la condición patológica o por discapacidades o limitaciones severas para el desplazamiento.

h) Atención de urgencias de primero y segundo niveles tecnológicos y atención de parto normal y de mediana complejidad.

i) Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de urgencias de tercero y cuarto niveles tecnológicos.

j) Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contrarreferencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria.

k) Información sistematizada y electrónica en salud, tanto de tipo personal (historia clínica única) como de tipo poblacional, con la estructura de la vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en calidad de vida y salud, con perspectiva de equidad y de garantía del derecho a la salud.

Artículo 119°. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados. Los componentes de los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, que definirán los compromisos de los prestadores, son:

a) Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología.

b) Servicios de hospitalización de mediana y alta complejidad, incluidos los cuidados intermedios e intensivos.

c) Suministro de medicamentos e insumos de mediano y alto costo, incluido el servicio farmacéutico, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.

d) Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, de baja, mediana y alta complejidad.

e) Servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad, de corto y largo plazo, incluidas prótesis y órtesis.

Parágrafo. Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados estarán siempre articulados con la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y

deberán configurar Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS), según el diseño realizado por el Territorio de Salud correspondiente.

Artículo 120°. Servicios médico-asistenciales. Servicios de baja complejidad. Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad serán dirigidos y prestados por los equipos profesionales, técnicos y auxiliares de los centros de atención primaria de los municipios y distritos.

Artículo 121°. La oferta de servicios deberá garantizar el acceso oportuno, georreferenciado, teniendo en cuenta principios de equidad distributiva, según composición demográfica, características poblacionales y del territorio, determinantes sociales y morbimortalidad de los distintos habitantes del municipio o territorio, y deberá desarrollar igualmente los servicios móviles de oferta activa que sean necesarios para garantizar el cuidado de la salud y el acceso a los servicios de las poblaciones dispersas.

Artículo 122°. Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad se prestarán simultánea e indivisiblemente con las actividades normadas de prevención en salud. Estos centros de atención primaria y sus servicios serán financiados directamente con recursos de los Fondos Municipales de Salud y todos sus trabajadores serán empleados públicos o trabajadores oficiales.

Artículo 123°. Todos los distritos y municipios deberán desarrollar un plan de inversión en Centros de Atención Primaria a diez años, buscando disponer como mínimo de un Centro por cada 20.000 habitantes o fracción menor, conforme a los principios señalados.

Artículo 124°. Los Centros de Atención Primaria Integral en Salud (APIS), en pequeñas poblaciones que no dispongan de instituciones que presten servicios de mediana complejidad, deberán contar con capacidad hospitalaria para servicios de baja complejidad.

Artículo 125°. El Ministerio de Salud y Protección Social conformará una comisión que estudie durante un año (a partir de la expedición de la Ley) llevar a calificación de baja complejidad muchos servicios diagnósticos que son indispensables en la prestación de la atención básica y que hasta la fecha han sido calificados como de mediana complejidad. La propuesta deberá ser aprobada por el Consejo Nacional de Salud.

Artículo 126°. Servicios de mediana y alta complejidad. Los servicios médico-asistenciales de mediana y alta complejidad serán prestados por las instituciones hospitalarias y ambulatorias públicas y privadas que se integren a la red de servicios del territorio o la región.

Artículo 127°. La oferta de servicios deberá garantizar el acceso oportuno, georreferenciado, teniendo en cuenta principios de equidad distributiva, según composición demográfica, características del territorio, determinantes sociales y morbimortalidad de los distintos grupos poblacionales de cada departamento o distrito.

Parágrafo: Las instituciones hospitalarias deberán fortalecer los programas domiciliarios de atención, el monitoreo a distancia de pacientes y los servicios de hospitalización domiciliaria, entendiendo que la responsabilidad sobre la continuidad e integralidad del manejo del paciente no se limita a los días de hospitalización, ni al trabajo realizado al interior de los muros hospitalarios.

Artículo 128°. Todos los departamentos y distritos deberán desarrollar un plan de inversión y desarrollo de Hospitales que garanticen la oferta de la totalidad de los servicios de mediana complejidad, a diez años, hasta disponer como mínimo de un centro hospitalario con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes o fracción menor, conforme a los principios señalados.

Artículo 129°. La inversión será prioritaria para las zonas y grupos poblacionales donde exista déficit de oferta tanto pública como privada de la totalidad de los servicios en este nivel de complejidad. Igualmente deberá incluir para estas poblaciones con déficit de servicios la garantía de transporte medicalizado por vía terrestre, fluvial, marítima o aérea.

Artículo 130°. Las instituciones de la red que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria de su área de influencia, por una parte para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada en salud al paciente, mediante procesos de telemedicina para reducir la necesidad de movilidad del paciente y para coordinar con los centros de atención primaria las rutas de atención y los protocolos de atención de las enfermedades prevalentes, especialmente las patologías crónicas.

Artículo 131°. Pago de los servicios de salud de mediana y alta complejidad. Las atenciones médicas de mediana y alta complejidad derivadas de los servicios de urgencia o prestados en respuesta a remisión o solicitud de los Centros de Atención Primaria o las Coordinaciones Distritales o Departamentales de la Red, serán pagados por los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud a las tarifas únicas y obligatorias que fije el Gobierno Nacional para la prestación de servicios en todo el Sistema.

Artículo 132°. Las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud deberán presentar las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, Fondo que pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de estas.

Artículo 133°. El Fondo cancelará únicamente servicios de baja complejidad si estos están necesariamente asociados a la prestación de servicios centrados en atenciones de mediana y alta complejidad.

Artículo 134º Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud dispondrán de oficinas departamentales de Recepción, Revisión y Auditoría de Cuentas Médicas en cada distrito y capital de departamento de la Región. Igualmente, cada oficina departamental o distrital contará con una Dirección de Auditoría Médica y Evaluación de Calidad de la RED.

Artículo 135°. Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% del valor de estas, la institución facturadora entrará de inmediato bajo investigación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y los resultados de la investigación serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo: Los Fondos Regionales de Seguridad Social de Salud organizarán un sistema contratado de auditorías independientes integrales, completamente aleatorias, que no pueda ser intencionalmente direccionado, a las instituciones públicas y privadas que conforman la red de servicios en la región.

Artículo 136°. Adicionalmente, si la Auditoría Médica permanente encontrare irregularidades graves en la prestación o facturación por parte de una IPS, las Direcciones Territoriales de Salud deberán ser informadas y podrán exigir a las

Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

Artículo 137°. En caso de restricción o cierre parcial, las Direcciones Territoriales deberán, así mismo, contratar una auditoría independiente integral a dicha institución, bajo los mismos parámetros establecidos para las auditorías integrales aleatorias de los Fondos Regionales.

Artículo 138°. Las instituciones públicas que prestan servicios de mediana y alta complejidad, además de los ingresos por facturas de servicios presentadas a los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos fondos Departamentales y Distritales de Salud, recursos que constituirán una proporción mayor, en los respectivos presupuestos, en relación con la dispersión de la población y extensión de su área de influencia, el volumen de atenciones de baja complejidad que deban desarrollar, así como del número de Centros de Atención Primaria bajo su responsabilidad directa.

Artículo 139°. Programas de Prevención y Control de riesgos en el Trabajo. Corresponde a los bienes, servicios y acciones coordinadas para la prevención de los riesgos asociados a la actividad laboral, tanto de trabajadores formales como informales y para la investigación de esta problemática de salud.

Parágrafo. El Sistema de Riesgos laborales trasladará al Fondo Nacional de Salud los recursos destinados a la investigación de esta problemática de salud y el 50% de los recursos destinados a la prevención de los riesgos laborales.

Artículo 140°. Programas de Prevención y Control de Problemas y Enfermedades de interés en salud pública. Corresponden a los bienes, servicios y acciones coordinadas, intra e intersectorialmente, con la participación de la comunidad y de las redes sociales, en la forma de programas verticales, para el control de las enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud y del país en su conjunto.

Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).

Artículo 141°. Prestación de servicios especiales para enfermedades raras o poco frecuentes. Las instituciones o centros especializados en enfermedades raras serán fomentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objeto de garantizar la respuesta diagnóstica y terapéutica requerida para estas patologías para pacientes de toda la nación, independientemente de la ubicación geográfica de la institución o del paciente.

Artículo 142°. La prestación de servicios se dará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o bien, utilizando mecanismos de telemedicina u otras TIC, para el direccionamiento y asesoría a las IPS tratantes de mediana o alta complejidad, en el manejo y continuidad del tratamiento de estos pacientes en el respectivo territorio.

Artículo 143°. Su desarrollo y servicios serán financiados con recursos de la subcuenta del Fondo para enfermedades raras, cuyos fondos provendrán directamente del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 144°. El Fondo garantizará el financiamiento y, si se considera necesario, la adquisición y distribución de medicamentos de muy alto costo indispensables para el tratamiento de las enfermedades raras.

Artículo 145°. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero de la situación de maternidad, de la incapacidad o la invalidez derivada de una enfermedad general.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Salud definirá las formas de reconocimiento de estas prestaciones, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la experiencia acumulada en el pago de las prestaciones económicas, sin importar la condición de cotizante o no cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas en ningún caso serán inferiores a los que actualmente reconoce el sistema de seguridad social en salud.

CAPÍTULO VIII. SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIS)

Artículo 146°. Definición. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIS) es de carácter público y está constituido por el conjunto de mecanismos y procedimientos destinados a gestionar la información y el conocimiento para la toma de decisiones en el Sistema de Seguridad Social en Salud, con el propósito de organizar ordenada y coherentemente, las operaciones entre los agentes que lo constituyen y, con su actuar permitan y garanticen su funcionamiento, cuyo resultado debe dar cuenta de las necesidades sociales en salud, las respuesta institucional y social, y los indicadores en salud y calidad de vida de la población colombiana, con enfoque de equidad y de determinación social de la salud y la enfermedad. La información deberá ser accesible y estar disponible para la población por diferentes medios, con el fin de fortalecer la participación y el control social en los Territorios de Salud

Artículo 147°. Características generales. El SPUIS tendrá como centro de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se organizará en, por lo menos, dos niveles:

a) Nivel operativo: garantizará la producción y el uso de la información para la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) de las personas, las familias y comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los actores para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, comenzando por la historia clínica electrónica única, en todos sus procesos y territorios.

b) Nivel estratégico: dedicado a la transformación y el análisis de la información sobre situación de salud y calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema y de todos los agentes involucrados en ellas.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de propuesta elaborada por el Instituto Nacional de Salud (INS), tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el Sistema Integrado Público Único de Información en Salud (SPUIS) y de garantizar el compromiso de todos los actores del sistema con la calidad y la fluidez de la información para su buen funcionamiento. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un año para la puesta en marcha

de este sistema de información. Debe diferenciar dos tipos de contenidos a) Información económica y b) Información clínica

Parágrafo 2. Cada 4 (cuatro) años se efectuarán encuestas nacionales de salud con representatividad territorial, que permitan evaluar los estados de salud a nivel territorial y del país para el establecimiento de políticas públicas y aplicación de recursos hacia el logro del mayor nivel de equidad posible.

Artículo 148°. Prescripción médica. La realizará el médico por medio electrónico que le permita acceder a las tecnologías en salud, no contempladas dentro de los criterios de exclusión, en cuyo caso, es sistema debe informar automáticamente de esta característica, es decir, no financiable con recursos públicos de la salud, sino a través de tutela o por Autorización de la Junta de Profesionales de que trata el Art. 15º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Artículo 149°. Los medicamentos serán identificados por el sistema con su denominación común internacional (conocida como denominación genérica), su principio activo, laboratorio productor, precio autorizado y demás características establecidas por el SPUIS. El aplicativo debe contener información del número total de prescripciones efectuadas en todo el Sistema de Seguridad Social en Salud a la fecha y las del año inmediatamente anterior, además deberá incluir los diagnósticos respectivos y si la prescripción es la inicial o cambio por su ineficacia o los efectos secundarios.

Artículo 150°. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la Atención en Salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutividad del médico de atención básica o de los programas de prevención secundaria.

Artículo 151°. las instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios básicos de salud deberán integrar en sus instalaciones, progresivamente, la mayoría de los servicios diagnósticos de mediana complejidad, así como la interconsulta con especialistas en línea, de modo que se suprima la necesidad de referir para diagnóstico un buen porcentaje de los

pacientes. Ello no impide que se remita al paciente cuando se considere necesario una valoración más detallada por parte del especialista.

Artículo 152°. La incorporación de tecnologías de información y la comunicación en salud, tanto en el área administrativa como asistencial, son obligatorias. El modelo de atención exige el compromiso de incorporar estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de fomentar el acercamiento de la tecnología especializada en salud al paciente, en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología; también exige la relación y conectividad de la red prestadora con las instituciones de atención primaria y la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entre sus actores, así como la automatización del sistema de referencia y contrarreferencia, con su respectiva trazabilidad.

CAPÍTULO IX. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL

Artículo 153°. Definición. La participación es un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos en todo el Sistema de Seguridad Social en Salud. La participación ciudadana es ejercida por las personas, de manera autónoma, en cualquier instancia del sistema.

La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral.

Artículo 154°. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

a) Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente, su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.

b) Participación en la exigibilidad del derecho. Las Instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud deben establecer mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para impulsar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales, tanto en el interior de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial.

c) Participación en las políticas públicas en salud. El Sistema contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en los micro territorios o divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.

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

e) Participación en inspección, vigilancia y control. La ciudadanía que participe individualmente o representada en organizaciones sociales, podrá, de acuerdo con la norma correspondiente a tal efecto, hacer veedurías en salud, desde el ámbito micro territorial hasta el nacional, en coordinación con los organismos de control principales del sistema, como son la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Salud, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 155°. De los Comités Hospitalarios de Ética. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar comités institucionales u hospitalarios de ética, de carácter plural, constituidos por personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven, abogados, eticistas y bioeticistas. Su función fundamental será el análisis de los dilemas éticos que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas y ofrecer asesoría, orientación y apoyo a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia, con el aval del Consejo Nacional de Salud.

CAPÍTULO X. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 156°. Autonomía Política, Administrativa y Financiera. La Superintendencia Nacional de Salud gozará de autonomía política, administrativa y financiera, para definir sus enfoques, políticas, acciones, metas e indicadores, con fundamento en los límites definidos por el ordenamiento jurídico colombiano.

Artículo 157°. Enfoques generales de la inspección, vigilancia y control. Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Seguridad Social en Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud con el apoyo de la red de control social y concurrente que defina el Consejo Nacional de Salud para cada territorio de salud, con base en propuesta reglamentaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud garantizará la operatividad y funcionamiento de oficinas de la entidad tanto a nivel central del Gobierno Nacional como en todos los territorios de salud, en virtud del principio de descentralización. Sus funciones son la inspección y vigilancia permanentes del

funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, el cumplimiento de las funciones de los Consejos Nacional y Territoriales de Salud, de la Comisión Transectorial y del Ministerio de Salud en la ejecución de los programas de salud pública, ejerciendo con oportunidad y eficiencia todas las acciones necesarias de control pertinentes para garantizar la protección del Derecho Fundamental a la Salud. La oficina central de la Superintendencia es ente de segunda instancia sobre las decisiones que sean adoptadas en las sedes territoriales.

Artículo 158°. Inspección. Se definen como actividades de Inspección a las acciones ejecutadas por la Superintendencia, para conocer el funcionamiento e integridad del Sistema de Seguridad Social en Salud e iniciar y establecer si es necesario realizar las investigaciones, estudios y análisis que conduzcan a la identificación, minimización o eliminación de riesgos, amenazas, fallas o problemas que sean obstáculo o impedimento para garantizar la materialización efectiva del derecho.

Artículo 159°. Vigilancia. Se define como Vigilancia a las acciones ejecutadas para prevenir que los riesgos, amenazas, fallas o problemas se materialicen o sigan generando en el tiempo; es una actividad preventiva en sobre el sistema en su conjunto y su funcionamiento.

Artículo 160°. Control. Son las acciones ejecutadas, para denunciar ante los entes de control correspondientes e intervenir o sancionar a los integrantes o actores del sistema que generen los riesgos, amenazas, fallas o problemas en contra de la garantía de materialización efectiva del Derecho Fundamental a la Salud, con el fin de controlar y corregir estos comportamientos.

Artículo 161°. Alcance de los Objetivos. Los objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán ajustarse o modificarse en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con los parámetros definidos en la presente ley.

Artículo 162°. En referencia a las funciones de su competencia, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá como criterios de interpretación los principios, enfoques y objetivos de la presente ley, cuya principal función corresponde brindar todas las garantías de vigilancia, control, regulación y

prevención de riesgos sobre la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución del sistema y el servicio.

Artículo 163°. Será también función de la superintendencia brindar garantías de progresividad en el Sistema de Seguridad Social en Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio

Artículo 164°. La Superintendencia Nacional de Salud priorizará la implementación de mecanismos político-administrativos para la protección integral del derecho, que ofrezcan a la ciudadanía instrumentos diferentes a la acción de tutela para que puedan ser resueltos por la misma Superintendencia bajo los criterios de oportunidad, celeridad y eficacia para la protección del derecho fundamental a la salud. En todo caso estos instrumentos no podrán convertirse en barrera de acceso a la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.

Parágrafo 1. A partir de la vigencia de la presente ley la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Superior de la Judicatura definirán en el plazo de tres meses una agenda por el término de un (1) año para implementar estrategias que eviten la judicialización del Sistema de Seguridad Social en Salud, incorporando cuatros parámetros: 1. la compilación de toda la jurisprudencia vigente en materia de salud de forma anual, 2. el fortalecimiento institucional de la Superintendencia en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del sistema, 3. la cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud y 4. las garantías materiales e institucionales del acceso a la información, entendido este como un determinante social de la salud.

En ninguna circunstancia, el fortalecimiento de la Superintendencia como órgano de control y vigilancia podrá constituirse en barrera de acceso a la administración de justicia. Las garantías de protección del derecho deben ser plenas en el Sistema de Seguridad Social en Salud y en el sistema de administración de justicia.

Parágrafo 2. Los criterios definidos para las funciones y competencias de la Superintendencia Nacional de Salud antes de la vigencia de la presente ley referentes a las Entidades Promotoras de Salud, solo estarán vigentes durante el periodo de transición.

Culminados los términos de vigencia del periodo de transición, las funciones referentes a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) quedan derogadas ante la no continuidad de la existencia de estas figuras.

Parágrafo 3. En virtud del régimen de transición, las instituciones que a partir de la vigencia de la presente ley deban surtir procesos de modificación en sus competencias y funciones, están en la obligación de culminar, en el marco del debido proceso, aquellos que se estén tramitando a la fecha, garantizando principalmente el goce del derecho de la salud en la continuidad de la prestación de los servicios de salud que estén recibiendo los pacientes, independiente de la complejidad de los mismos.

Artículo 165°. Ámbito de Inspección, Vigilancia y Control en el Régimen de Transición. En virtud del régimen de transición, la Superintendencia Nacional de Salud conserva a su cargo todas las funciones y competencias sobre el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social, sobre las instituciones que existen en el actual sistema, las instituciones que requieran procesos de reestructuración, liquidación o modificaciones en sus competencias y funciones, brindando las garantías de aplicación de los principios y estándares de la Ley Estatutaria en Salud (LES) Ley 1751 de 2015.

Artículo 166°. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud. Se incorporan como nuevas funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, las siguientes:

a) Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del Fondo Único Público para la Salud, de los Fondos Territoriales de Salud, y en general de todos los recursos que ingresan y egresan del sistema, aplicando como estándar la vigilancia preventiva.

b) Velar por el cumplimiento satisfactorio por parte de los Fondos Territoriales de Salud y todos los Prestadores de Servicios de Salud, públicos y privados.

c) Desarrollar procesos de descentralización de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud.

d) Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo descentralizado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad sancionatoria, regido por el principio de celeridad.

e) Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del sistema en su conjunto y proponer medidas correctivas.

f) Garantizar la vigilancia y control sobre todos los procesos que se requieran en el marco del régimen de transición, con especial énfasis en la rendición de cuentas, los procesos de liquidación y transformación de las entidades promotoras de salud.

g) Emprender las acciones que faculte el ordenamiento jurídico ante riesgos de inferencia o interferencia de las ramas del poder público en el marco de la autonomía política, administrativa y financiera de la Superintendencia.

h) Garantizar la prestación integral de los servicios en las sedes ubicadas en los territorios de salud, en el marco de una Estructura nacional de vigilancia y control.

i) Implementar todas las acciones que se requieran bajo una política de calidad y trazabilidad, con el propósito de brindar condiciones de operatividad y eficiencia en las nuevas funciones que le atribuye la presente ley, modificando los procedimientos que se requieran o creando los manuales de gestión de los procesos que se instituyen.

Artículo 167°. El sistema de quejas y reclamos debe garantizar una respuesta oportuna y de fondo en el término de 72 horas hábiles, a partir del momento de su radicación, garantizando el reconocimiento pleno de los estándares de protección de derechos que consagra la Ley Estatutaria del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Artículo 168°. Los estándares de respuesta deben garantizar un estudio a los hechos del caso, el contexto del usuario, las pruebas aportadas, los estándares del ordenamiento jurídico y la valoración del riesgo.

Artículo 169°. Los funcionarios designados para el sistema de quejas y reclamos deben contar con la idoneidad en conocimientos y experiencia para la toma de decisiones, garantizando un análisis clínico, psico-social, jurídico y técnico científico.

Artículo 170°. El sistema de quejas y reclamos debe garantizar la prestación del servicio de forma permanente (24 horas al día, siete días a la semana)

Artículo 171°. En el marco de la Inspección y vigilancia, la superintendencia velará por que los actores e instancias del sistema operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutiva en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.

Artículo 172°. Nombramiento Del Superintendente Nacional De Salud. El procedimiento del nombramiento del Superintendente de Salud se hará por concurso de méritos, coordinado y reglamentado por el Consejo Nacional de Salud, la Comisión Nacional del Servicio Civil-CNSC y el Departamento Administrativo de la Función Pública, con vigilancia y auditoría del Ministerio Público.

Artículo 173°. La persona que obtenga el mayor puntaje en el marco del concurso de méritos será posesionada por el presidente de la República como Superintendente Nacional de Salud, por un periodo institucional de cuatro (4) años.

Artículo 174°. El manual de funciones, los prerrequisitos y la idoneidad del perfil para postularse al concurso serán elaborados por una comisión integrada por el Consejo Nacional de salud, la Comisión Nacional del Servicio civil-CNSC y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Artículo 175°. El procedimiento antes establecido se instituye como garantía de imparcialidad e idoneidad en el nombramiento del Superintendente de Salud en el marco de la autonomía política, administrativa y financiera de la Superintendencia.

Parágrafo transitorio. El concurso y posesión del Superintendente Nacional de Salud, deberá surtirse en un plazo de ocho (8) meses a partir de la vigencia de la presente ley.

En el intervalo de tiempo mientras se desarrolla el concurso de méritos, de forma pro tempore el presidente de la República nombrará un Superintendente Nacional de Salud Transitorio, el cual ejercerá el cargo hasta el nombramiento y posesión de la persona que gane el concurso de méritos.

CAPÍTULO XI. POLÍTICA NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD

Artículo 176°. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en salud. De acuerdo con lo establecido en el documento CONPES correspondiente, el Consejo Nacional de Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Artículo 177º La política deberá definir las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud para el país, según las especificidades territoriales y los recursos definidos por la normatividad correspondiente.

Artículo 178º Como complemento a los recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Consejo Nacional de Salud definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas y enfermedades de especial interés en salud pública, provenientes de la subcuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud, los cuales serán administrados por el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud y complementados con recursos territoriales para tal efecto, en especial, los del Sistema General de Regalías.

Parágrafo. - El Ministerio de Ciencia y Tecnología deberá rendir un informe anual al Consejo Nacional de Salud sobre los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo.

CAPITULO XII POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD

Artículo 179°. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. Esta política debe garantizar el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, en búsqueda de una mejor calidad de vida del paciente.

Artículo 180º El Consejo Nacional de Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, esta política con base en propuestas presentadas por sus integrantes, por el Instituto Nacional de Salud (INS), por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y por el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS) mediante la cual se establezcan estrategias de regulación

Artículo 181º Dentro de las estrategias de regulación se tendrán en cuenta: La compra conjunta de medicamentos esenciales, el respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente, la protección de moléculas con patentes solo en aquellos casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada.

Artículo 182º Dentro de las estrategias de regulación se tendrá en cuenta además la provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales, la regulación de precios de medicamentos y tecnologías, la evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos y todos aquellos mecanismos que favorezcan la competencia.

Artículo 183º Se priorizará la investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales, la transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías.

Artículo 184º Se garantizará la formación y educación continua de los trabajadores de la salud.

Parágrafo 1. Se prohíbe la entrega de cualquier tipo de prebendas o beneficios al recurso humano de salud por parte de empresas o agentes relacionados con la

producción, distribución y consumo de medicamentos, insumos, equipos o tecnologías en salud.

Parágrafo 2. El trabajador de salud, previo legal y debido proceso, al que se le compruebe que induzca o prescriba el uso de medicamentos u otras tecnologías de salud que respondan a algún interés o beneficio personal, serán sancionados la primera vez con suspensión de su ejercicio profesional por un año; la segunda vez por tres años y por tercera vez con el retiro definitivo de su ejercicio profesional sin perjuicio de otras acciones de tipo legal, tales como las penales o civiles que puedan derivarse de su conducta

Parágrafo 3. El control monopólico por parte de las Fuerzas Armadas para los medicamentos e insumos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales pasará a las autoridades sanitarias municipales, con un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso por prescripción facultativa médica, exclusivamente.

Artículo 185°. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. Se realizará a través del Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS), apoyado por un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales del área de la salud, con idoneidad debidamente demostrada en la materia, seleccionados de ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud, Química y Farmacia, Enfermería y Medicina, de las universidades a nivel nacional.

Artículo 186º El Comité tendrá como apoyo para el análisis de tecnologías diferentes a medicamentos otros comités ad hoc conformados por Profesores, Titulares o Asociados, de las áreas del conocimiento mencionadas, que demuestren su autoridad científica a través de artículos publicados en Revistas indexadas, especializadas en los temas pertinentes.

Artículo 187°. Adquisición y Distribución de Medicamentos y Tecnologías en Salud. La adquisición de los medicamentos y tecnologías se hará a través de subasta pública por período anual, en noviembre y con vigencia desde el 1º de Enero del año inmediatamente siguiente, lo cual permite que las empresas productoras de tecnologías planifiquen su producción o realicen alianzas que garanticen las cantidades requeridas; la subasta podrá tener alcance internacional, pero dando preferencias a la producción nacional.

Artículo 188º La distribución se hará a través de las redes de comercialización habilitadas para cumplir esta función y el pago lo realizará la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) dentro del mes siguiente a las respectivas entregas, a las instituciones que las realizaron.

Artículo 189º. Las entidades habilitadas para entregar medicamentos y tecnologías en salud tendrán buen cuidado de disponer de los productos para los cuales fueron habilitadas y asumirán el trámite y entrega en el domicilio del usuario en el caso de ser requerido y no lo tenga en el momento.

CAPÍTULO XIII. POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD

Artículo 190°. Política de Formación y Educación Superior en Salud. En concordancia con la evolución de la epidemiología, los indicadores de salud del país en general y de las regiones y territorios en particular, acorde con el concepto de Territorios Saludables, el Consejo Nacional de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la Política de Formación y Educación Superior en Ciencias de la Salud.

Artículo 191º La política deberá orientar las prioridades de formación de personal según las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), con enfoque familiar y comunitario.

Artículo 192º Dicha política deberá estar acorde con las necesidades del Sistema de Seguridad Social en Salud y brindar estímulos para la formación de especialistas y subespecialistas en las diferentes profesiones del área de la salud priorizadas.

Artículo 193°. La política de formación y educación superior en salud deberá establecer los mecanismos de conformación de convenios y articulación entre las instituciones universitarias formadoras de personal sanitario de tipo técnico, tecnológico y profesional, y las redes integrales de servicios de salud que cuenten con hospitales y clínicas que cumplan los criterios de Hospital

Universitario (La ley 1164 en el artículo 13 Parágrafo 2º "define al hospital universitario como "institución prestadora de servicios de salud (IPS), que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la universidad, cuales son formación, investigación y extensión").

CAPITULO XIV. RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Artículo 194°. Régimen y Política Laboral de los trabajadores de la salud. El régimen y política laboral de los Trabajadores de la Salud se conformará de acuerdo con los requerimientos de cantidad, perfiles y organización; y acorde a las características del Sistema de Seguridad Social en Salud, constituyéndose en un régimen especial.

Artículo 195°. Así mismo, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar la calidad y la dignificación del trabajo en salud, tanto profesional como no profesional, estableciendo estabilidad laboral y estímulos salariales y de garantizar la educación continua y de actualización a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

Artículo 196°. El Instituto Nacional de Salud, en el año siguiente a la aprobación de la presente Ley, diseñará, organizará y realizará un censo a nivel nacional del recurso humano vinculado al sector de la salud, con el objeto de planificar la satisfacción de las necesidades del Sistema en cuanto a la cobertura de las diversas disciplinas y áreas del conocimiento teniendo en cuenta las variables de cada territorio saludable para satisfacer sus necesidades específicas mediante la planificación de distribución y diseño de los equipos del recurso humano.

Artículo 197°. La Política Laboral de los Trabajadores de la Salud promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud; de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación del trabajo, en especial los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios

de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Artículo 198°. Se reconocen los trabajadores de salud a través de la determinación de las diferentes disciplinas y áreas del conocimiento en salud, en función de su participación y contribución en la garantía del derecho a la salud en los procesos de promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de las enfermedades.

Artículo 199°. En cumplimiento de las directrices de la OIT, se garantizará la autonomía profesional y la dignidad de los trabajadores y profesionales de la salud.

Artículo 200°. Trabajadores de las Instituciones Privadas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

a) Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas del Sector Salud y por norma general, estarán vinculados por contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes

b) Los empleados de manejo y confianza corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.

c) Las personas actualmente vinculadas a las Instituciones Privadas del Sector Salud continuarán vinculadas y se les respetarán sus derechos adquiridos. El Gobierno Nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las Instituciones Privadas del Sector Salud, en un término no mayor a un año, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las plantas de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política de 1991 y los siguientes elementos:

1. El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal serán acordes con la población a atender.

2. Requerimientos reales de las plantas de personal.

3. Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad.

4. Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal.

5. Normas sobre incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas.

6. Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.

7. Normas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes musculo esqueléticos y los aspectos psíquicos de origen laboral, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud.

8. Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de y servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

Parágrafo. Dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigor de la presente Ley, el gobierno expedirá a través del Ministerio de Salud los correspondientes decretos reglamentarios que contengan la clasificación de los cargos; de igual manera señalará los cargos misionales, tipos de contratación y rangos salariales de los Trabajadores de la Salud.

Artículo 201°. Trabajadores de las Instituciones Públicas del Sector de la Salud. Los hospitales y demás Instituciones de la red pública para la atención en salud dispondrán de un régimen laboral que respetará los derechos adquiridos de los trabajadores de salud y garantizará condiciones dignas de trabajo. Teniendo en cuenta la caracterización de cada uno de los bienes y servicios ofrecidos y contratando laboralmente al recurso humano necesario para el cumplimiento misional.

Artículo 202°. El régimen laboral será el general que rige para los empleados públicos. La unidad de gestión tendrá una nomenclatura especial de empleos.

Artículo 203°. Los trabajadores de las Instituciones Públicas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

a) Las instituciones públicas, privadas y mixtas del Sector Salud están obligadas a vincular a su personal mediante por contrato laboral conforme a los preceptos de Código Sustantivo del Trabajo, la ley 909 de 2004, toda la normatividad relacionada, así como las normas concordantes con el reconocimiento de todos los derechos y prestaciones establecidas para los trabajadores de salud.

b) Los empleados públicos de libre nombramiento y remoción corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.

c) Los servidores públicos actualmente vinculados a las Instituciones Públicas del Sector Salud continuarán vinculados sin solución de continuidad y se les respetarán sus derechos adquiridos. En consecuencia, seguirán con el mismo régimen salarial y prestacional que vienen disfrutando, hasta el momento de su retiro, siempre y cuando sea más favorable para el trabajador. El Gobierno Nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las Instituciones Públicas del Sector Salud , en un término no mayor a tres (3) meses, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las

plantas de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política de 1991 y los siguientes elementos:

1. El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal.

2. Requerimientos reales de las plantas de personal.

3. Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan que la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad.

4. Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal

5. Normas sobre incentivos salariales y no salariales.

6. Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones públicas de salud.

7. Normas de salud laboral, higiene y medicina del trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes músculo-esqueléticos y los aspectos psíquico-laborales, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud.

8. Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Salud definirá, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y para períodos de cuatro (4) años, una Política Laboral del Sector Salud que permita orientar la

distribución de los recursos humanos del sistema en su conjunto, para superar las inequidades regionales y mejorar la respuesta a las necesidades territoriales en salud, incluyendo una readecuación del Servicio Social Obligatorio en Salud (SSO), sin perjuicio del régimen laboral que se establezca.

Artículo 204°. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. Las plantas del personal de salud que cumplen el Servicio Social Obligatorio (SSO) se articularán especialmente a los equipos de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.

Artículo 205°. Así mismo los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios entre las autoridades regionales y las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, donde estén realizando su práctica de formación especializada. Tanto las personas que integran los equipos de servicio social obligatorio (SSO), como los médicos y médicas residentes, gozarán de todas las garantías laborales establecidas en la presente Ley, bajo la supervisión y control de los médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.

Artículo 206°. Recertificación de los Trabajadores de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social al cabo de seis (6) meses de entrar en vigor de la presente Ley, establecerá los lineamientos para la recertificación de los trabajadores de la salud.

Artículo 207°. Proceso de Evaluación. Cada año se realizará una evaluación de la percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del sistema, así como sobre sus condiciones laborales, y se procederá a realizar ajustes en los aspectos que sean necesarios para garantizar un trabajo digno y la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

Artículo 208°. Régimen de Transición de los trabajadores de salud. Se establece un régimen de transición así:

a) Régimen laboral de la Red Pública, Mixta y Privada de Hospitales y demás instituciones de atención sanitaria. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política de 1991, revístase al

Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente Ley, expida normas con fuerza de Ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general, el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en la Red Pública y Privada de Hospitales y demás instituciones de atención sanitaria de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, calidez, eficiencia y eficacia en la atención.

b) Régimen laboral de las Instituciones Privadas del Sector de la Salud. De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política de 1991, revístese al presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente Ley, expida normas con fuerza de Ley con las correspondientes directrices para establecer el presente régimen especial para los trabajadores de la salud que se desempeñan en el sector privado.

En todo caso, en el desarrollo de estas facultades se deben respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los trabajadores, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política de 1991.

CAPITULO XV. LA AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACION

Artículo 209°. El acto médico es el proceso resultante de la relación entre el médico y su paciente o representante legal, quienes actúan con plena libertad y autonomía, bajo la responsabilidad y compromiso de ambos, con el objeto de tratar y resolver aspectos relacionados con la salud del paciente.

Artículo 210°. La dirección del acto médico es responsabilidad del médico tratante, hace parte de ejercicio profesional, se realiza bajo los principios y leyes de la ética, la autonomía médica y la autorregulación por parte del médico tratante y del equipo de los demás profesionales y trabajadores de la salud que participen en él.

Artículo 211°. Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutirle el caso del paciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la Junta Médica serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante".

Artículo 212°. Entiéndase por Junta Médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales teniendo en cuenta las condiciones clínicas-patológicas del paciente.

Artículo 213°. El médico tratante garantiza al enfermo o a sus allegados inmediatos responsables, el derecho de elegir al cirujano o especialista de su confianza.

Artículo 214°. La frecuencia de las visitas y de las Juntas Médicas, estará subordinada a la gravedad de la enfermedad, y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico-patológica de aquel.

Artículo 215°. El médico no presentará sus servicios profesionales a personas de su familia o que de él dependan en caso de enfermedad grave o toxicomanía, salvo en aquellas de urgencias o cuando en la localidad no existiere otro médico; son familiares del médico: El cónyuge, y los parientes dentro del cuarto grado civil de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil.

Artículo 216°. Las discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidas por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, ética profesional y autorregulación, de acuerdo con el procedimiento que determine la Ley.

CAPITULO XVI. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO

Artículo 217°. Objeto del Régimen Disciplinario y Sancionatorio. Tiene por objeto definir las sanciones penales y disciplinarias, articuladas con el control fiscal, en los casos de negación, retraso u obstaculización de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud, de los miembros de las Juntas

Directivas, los Representantes Legales y demás personas que contribuyan a la misma dentro de las Instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Artículo 218°. Delitos contra la salud. Adiciónense tres (3) artículos al Capítulo Séptimo del Título I, del Libro Segundo del Código Penal, contenido en la Ley 599 de 2000, así:

a) Artículo 131A. Omisión o denegación de urgencias en Salud. El que niegue, retrase u obstaculice el acceso a servicios de salud, cuando se trate de atención de urgencia, incurrirá, por ese sólo hecho y sin perjuicio de la pena que le corresponda por los demás delitos que se ocasionen con esta conducta, en prisión de cuarenta y ocho (48) meses a noventa y seis (96) meses.

Cuando se niegue, retrase u obstaculice por omisión el servicio de atención inicial de urgencias, será responsable el jefe, director o coordinador de la unidad de urgencias o aquella persona que, de acuerdo con la normatividad interna de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, tenga la función de tomar las medidas necesarias, tendientes a garantizar la adecuada y permanente prestación del servicio de salud.

b) Artículo 131B. Negativa, retraso u obstaculización de acceso a servicios de salud. El que niegue, retrase, u obstaculice el acceso a servicios o tecnologías contemplados en los planes obligatorios de salud, o no excluidos expresamente, incurrirá por ese sólo hecho y sin perjuicio de la pena que le corresponda por los demás delitos que se ocasionen con esta conducta, en prisión de treinta y dos (32) meses a setenta y dos (72) meses.

Cuando el servicio o tecnología se niegue, retrase u obstaculice por omisión, serán responsables los miembros de la Junta Directiva, los Representantes Legales y demás personas que contribuyan a la misma, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

c) Artículo 131C. Circunstancias de agravación punitiva. Las penas previstas para los delitos descritos en los dos artículos anteriores se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta se cometa:

1. En sujetos de especial protección como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

2. Por el Representante Legal, miembros de la Junta Directiva, auditores, directores, gerentes, interventores o supervisores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En los casos en que el empleado actúa siguiendo instrucciones explícitas o implícitas de su superior, esta circunstancia no exime de responsabilidad penal, pero será considerada en la dosificación de la pena.

3. Con desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación proferidas al respecto por la Corte Constitucional.

4. Para cobrar por los servicios, valores que no corresponden a las tarifas autorizadas o cobrar por servicios que deben ser gratuitos.

5. Sometiendo, o exponiendo a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable.

6. Sometiendo a la persona a cargas administrativas o burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.

Artículo 219°. Sujetos disciplinables en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Adiciónese a la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, un inciso final al Artículo 25 Destinatarios de la ley disciplinaria, Capítulo III Sujetos disciplinables

Sin perjuicio de la responsabilidad que corresponde a los miembros de las Juntas Directivas y Representantes Legales, se aplica este régimen a los funcionarios encargados de la administración y gestión de la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Artículo 220°. Faltas gravísimas. Modifíquese el Artículo 59 de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, adicionando los siguientes numerales, los cuales quedarán así:

4. De los funcionarios encargados de la administración y gestión de la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud negar, retrasar u obstaculizar el acceso a servicios o tecnologías contemplados en los planes obligatorios de salud, o que no se encuentren expresamente excluidos.

5. De los funcionarios encargados de la administración y gestión de la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud incumplir o desacatar fallos de tutela en salud.

6. De los funcionarios encargados de la administración y gestión de la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud incumplir cualquiera de las obligaciones establecidas en el Régimen Legal del Sistema de Seguridad Social en Salud, relacionados con la garantía de la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al Sistema de Seguridad Social Salud.

Artículo 221°. Sanciones Disciplinarias en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Adiciónese un numeral al Artículo 48 Clases y Límites de las sanciones disciplinarias de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, el cual quedará así:

7. Cuando se trate de las conductas previstas en los numerales 4, 5 y 6 del artículo 59 de este Código, la inhabilidad será para ejercer empleo público, función pública, prestar servicios a cargo del Estado, o contratar con este, y para desempeñarse a cualquier título en cualquier entidad pública o privada perteneciente al Sistema de Seguridad Social en Salud y no podrá ser inferior a diez años.

Artículo 222°. Criterios para la Graduación de la Sanción Disciplinaria en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Adiciónese el Artículo 50 de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, así:

Para la graduación de la sanción, respecto de las conductas descritas en los numerales 4, 5 y 6 del artículo 59 de este Código, serán tenidas en cuenta como circunstancias de agravación, la comisión de la conducta:

i) En sujetos de especial protección como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

j) Con desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación proferidas al respecto por la Corte Constitucional.

k) Incumpliendo sentencias de tutela proferidas sobre el caso específico, con identidad de causa, objeto y partes, o con repetición de la acción o la omisión que motivó una tutela concedida mediante fallo ejecutoriado en proceso en el cual haya sido parte.

l) Con desconocimiento de las instrucciones o directrices contenidas en los actos administrativos de los organismos de regulación, control y vigilancia o de la autoridad o entidad pública titular de la función.

m) Para cobrar por los servicios, valores que no corresponden a las tarifas autorizadas, cobrar por servicios que deben ser gratuitos o efectuar recobros indebidos.

n) Sometiendo a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable.

o) Sometiendo a la persona a cargas administrativas o burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio

Artículo 223°. Traslado a la Contraloría General de la República. Las autoridades en materia penal y en materia disciplinaria pondrán en conocimiento de la Contraloría General de la República toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique la ineficiente o antieconómica gestión de los recursos destinados a la

prestación de los servicios de salud, para que se adopten las medidas de control fiscal posterior o de responsabilidad fiscal que correspondan.

Para tales eventos el Contralor General de la República, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales, adoptará las medidas especializadas de control posterior para evaluar en los procedimientos de auditoría respectivos, el cumplimiento, desempeño y adecuada utilización de los recursos públicos destinados a asegurar la prestación oportuna de los servicios de salud.

Artículo 224°. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Sin perjuicio de lo anterior las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, impliquen faltas disciplinarias ético profesionales que se presenten por razón del ejercicio profesional.

CAPÍTULO XVII. PERÍODO, DISPOSICIONES DE TRANSICIÓN Y VIGENCIA

Artículo 225°. Período de transición. Con el fin de propiciar la adaptación de las Instituciones del Sistema de Seguridad Social en Salud a las disposiciones de la presente Ley, se implementarán los precedentes normativos, para garantizar los estándares diferenciales para las comunidades indígenas, supervisando que se consulte a los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas bajo los parámetros del ordenamiento jurídico, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta previa en los aspectos del Sistema de Seguridad Social en Salud que corresponda, referente a proyectos, programas o presupuestos que pueda llegar a incidir en los territorios.

Parágrafo 1. Los criterios deben ser el respeto a la cultura y existencia material de los pueblos tradicionales, sus derechos, concepciones, valoraciones e ideales de comunidad, en el marco del ordenamiento jurídico.

Parágrafo 2. Al tenor del artículo 150 de la Constitución Política de 1991, revístese al Presidente de la República por un lapso de seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para que, surtido el proceso de consulta previa con las comunidades indígenas, se expida un decreto ley que defina las

características, naturaleza y forma de funcionamiento del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en los territorios indígenas preservando la interculturalidad y la participación de las comunidades y sus autoridades tradicionales en la expedición de esta norma.

Artículo 226°. Disposiciones transitorias. La transición de los actuales sistemas de salud y riesgos profesionales al Sistema de Seguridad Social en Salud se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias:

- El Consejo Nacional de Salud será conformado por convocatoria del Ministerio de Salud y Protección Social, durante los primeros tres (3) meses de vigencia de la presente Ley.

- El Gobierno Nacional pondrá en funcionamiento el Fondo Único Público para la Salud durante los primeros seis (6) meses perentorios posteriores a la vigencia de la presente Ley.

- El Consejo Nacional de Salud deberá reglamentar las disposiciones de su competencia durante el primer año de vigencia de la presente Ley.

- El Ministerio de Salud y Protección Social hará un estudio para determinar la deuda que tienen las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que como consecuencia de esta Ley deberán desaparecer, a fin de establecer los mecanismos de pago, en coordinación con los organismos de control que adelantan investigaciones sobre la apropiación indebida de recursos públicos de la seguridad social en salud por parte de dichas entidades.

- El Gobierno Nacional asumirá el pasivo prestacional y el saneamiento fiscal de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, en especial, los prestados a la población pobre no asegurada por parte de la red pública, con énfasis en los hospitales universitarios, para lo cual hará un corte a 31 de diciembre de 2016.

- Durante los treinta días siguientes al momento de la aprobación del presente proyecto de ley, el Consejo Nacional de Salud, el Ministerio de Industria y Comercio y el sector empresarial conformarán una mesa de estudio para analizar las condiciones de accesibilidad, costos, calidad de los productos y el análisis de variables, condiciones, posturas y precedentes sobre la viabilidad del reconocimiento de los insumos básicos para la gestión menstrual en el marco

del Sistema de Seguridad Social en Salud. El informe de viabilidad deberá generarse en el plazo de un (1) año a partir de la vigencia de la presente ley.

• Sistema Nacional de Cuidados. El Sistema Nacional de Cuidados promueve la creación e implementación de políticas públicas destinadas a atender las necesidades de personas mayores de 65 años en situación de dependencia, niños de 0 a 3 años y personas con discapacidad severa; busca mejorar la vida de las personas dependientes a través de la prestación de cuidados integrales y hacer ver a toda la sociedad su responsabilidad en el cuidado de las personas que no son autónomas. Esta ley ordena que el día hábil siguiente a su aprobación y durante el mes que le sigue, el Ministerio de Salud conformará una mesa de estudio con participación del Gobierno Nacional, las universidades, los representantes de las instituciones que conforman las redes integrales y los representantes de trabajadores de la salud, con el fin de analizar los Cuidados como un determinante de salud en un sistema que identifique y suprima las inequidades surgidas en la destinación del tiempo y los recursos para otorgar Cuidados a quienes lo requieran.

CAPITULO XVIII. OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 227°. Consulta Previa. Para la reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud, se adelantará consulta previa con las respectivas autoridades de los pueblos y comunidades indígenas, en espacios suficientes y adecuados de participación sobre las decisiones que les afectan directamente.

Artículo 228. Regímenes Exceptuados. Los regímenes exceptuados del SGSSS continuarán operando independientemente del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.

Artículo 229. Empresas de Medicina Prepagada y Seguros Privados. Las empresas privadas que tienen como objeto social la venta de planes prepagados o voluntarios de salud podrán seguir funcionando y comercializando sus servicios en el país, pero estos serán totalmente independientes del Sistema de Seguridad Social en Salud y no tendrán relación alguna con el financiamiento del mismo. Quienes adquieran dichos seguros o planes no perderán los derechos en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, el hecho de contar con seguros adicionales no significará prelación alguna cuando utilicen el

Sistema de Seguridad Social en Salud al que tienen derecho como todos los ciudadanos.

Artículo 230. La venta o comercialización de planes complementarios en servicios u hotelería a los servicios que entrega el Sistema de Seguridad Social en Salud queda expresamente prohibida a estas empresas privadas. Igualmente queda prohibida la comercialización de condiciones de atención u hotelería mejores que los entregados a la población general a las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, que deberán eliminar cualquier mecanismo de discriminación en función de la capacidad de pago o cualquier como condición para formar parte de las redes de servicios del Sistema.

Artículo 230°. Régimen de transición del Sistema de Seguridad Social en Salud. El régimen de transición del Sistema de Seguridad Social en Salud, incluidas las entidades y elementos que lo conforman, tendrá un plazo máximo de dos años, que será contado a partir de la vigencia de la presente ley para iniciar su funcionamiento.

Todo lo anterior acorde con los períodos ya señalados así, la conformación del Consejo Nacional de Salud de tres meses para reglamentación y tres meses para su elección; período de transición de las Entidades Promotoras de Salud, (EPS) o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de dos años; período de transición del Régimen Laboral de los Trabajadores de la Salud de seis meses; el proceso de consulta previa con las respectivas autoridades de los pueblos y comunidades indígenas, emisión del decreto ley que defina el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en los territorios indígenas de seis meses y todos los demás períodos de transición señalados en la presente ley.

ARTICULO 229º Vigencia. Transcurrido el Régimen de Transición de la presente Ley, se derogan todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular el libro Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 excepto los artículos exceptuados de derogación, los Decretos 1295 de 1994 y los aspectos que le sean contrarios de la Ley 1562 de 2012.

De los y las honorables congresistas,

FIRMAS DE PARLAMENTARIOS QUE PRESENTAN EL PROYECTO A CONSIDERACIÓN DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA.