

## PROYECTO DE LEY N°

**“Por la cual se desarrolla y reglamenta el Sistema Nacional de Salud, definido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del Derecho a la Salud para todos los habitantes en el país”**

(Versión: ene/10/2022)

CAPÍTULO I. Disposiciones Generales	2
CAPÍTULO II. Organización General del Sistema Nacional de Salud	8
CAPÍTULO III. Financiamiento	17
CAPÍTULO IV. Administración de los Recursos	31
CAPÍTULO V. Prestación de Servicios	35
CAPÍTULO VI. Modelo de Atención	45
CAPÍTULO VII. Sistema Integrado de Información en Salud	52
CAPÍTULO VIII. Participación Ciudadana y Social	55
CAPÍTULO IX. Inspección, Vigilancia y Control	57
CAPÍTULO X. Determinantes de Salud	63
CAPÍTULO XI. Políticas Públicas Prioritarias	66
CAPÍTULO XII. El Acto Médico y la Autonomía Profesional	76
CAPÍTULO XIII. Régimen Disciplinario y Sancionatorio	78
CAPÍTULO XIV. Período, Disposiciones de Transición y Vigencia	81

## PROYECTO DE LEY N° \_\_\_\_

**“Por la cual se desarrolla y reglamenta el Sistema Nacional de Salud, definido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes en el país”**

(Versión: ene/11/2022)

### CAPÍTULO I

#### DISPOSICIONES GENERALES

**Artículo 1°.** Objeto. La presente Ley desarrollará los principios, enfoques, estructura organizativa y competencias del Sistema Nacional de Salud, entendido como 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 disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud, acorde a lo contemplado en el art 4° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

**Artículo 2°.** El sistema institucional en su conjunto establece que el derecho fundamental a la salud es transversal al disfrute de toda una gama de oportunidades, facilidades, bienes, servicios, condiciones, enfoques y referentes necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

**Artículo 3°.** El Sistema Nacional de Salud tiene una estructura 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 a 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 al ciudadano sobre los mismos y sus condicionantes, la prevención y la atención de eventos que atenten contra la misma y favorezcan la ocurrencia o permanencia de enfermedades generales, endémicas, epidémicas, raras, ultra huérfanas, de origen laboral, por accidentes de tránsito o por conflicto armado interno o externo, en los ámbitos individual y colectivo, y demás problemas de salud que ocurran en el marco de los determinantes sociales de salud.

**Artículo 4°.** Para tal efecto, la presente Ley establece los componentes de organización del sistema, modelo de atención, financiamiento, administración de los recursos, prestación integral de los servicios para la atención en salud, 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, y formación y condiciones de trabajo del talento humano en salud.

**Artículo 5°. Principios.** Son principios del Sistema Nacional de Salud, además de los establecidos en los Artículos 6°, 7 y 8° de la Ley Estatutaria, los siguientes:

- a) El Sistema Nacional de Salud en su conjunto incorpora e implementa los principios y elementos de la **Ley Estatutaria en Salud**,
- b) **Principio de no regresividad**, es la garantía social de que los derechos adquiridos en materia de salud no pueden ser desconocidos ni desmejorados por decisiones político-administrativas posteriores a la expedición de la presente ley.
- c) **Principio de la condición más beneficiosa**, 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, según el estado del arte y la capacidad y disponibilidad del sistema referente a tratamientos, medicamentos y estrategias de prevención de riesgos, en un acto médico.
- d) **Enfoque diferencial**. Es el conjunto de acciones de discriminación positiva que permite reconocer las diferencias y superar las exclusiones o desigualdades 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.
- e) **Transparencia**. Está dada por el comportamiento ético, probo y visible de todos los actores que integran el sistema y por el manejo legal, limpio y honesto de los recursos de este para prestar atención integral y garantizar el usufructo y desarrollo del derecho a la salud de toda la población.
- f) **Autonomía**. Prevalencia del sujeto en la toma de decisiones sobre su salud: El Sistema Nacional de 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.

- g) **Objeción de conciencia.** Prevalece la imperativa obligación de utilizar todos los recursos para garantizar la prestación del servicio. La objeción de conciencia no será una barrera, pues solo puede ser ejercida por personas naturales mas nunca por personas jurídicas; es deber 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.

**Artículo 6°.** Son elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, además de los establecidos en los Artículos 6°, 7 y 8° de la Ley Estatutaria, los siguientes:

- a) **Obligatoriedad.** Los aportes a la seguridad social en salud y riesgos laborales son obligatorios para todos los trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital a excepción de lo establecido en la presente Ley y otras Leyes conexas.
- b) **Parafiscalidad.** Los recursos aportados para la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito son de carácter parafiscal y por lo tanto 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.
- c) **Gratuidad:** Es el acceso a los bienes y servicios de salud sin exigencia de pago previo o directo o cualquier otro requisito que constituya barrera para que una persona, familia o comunidad sea atendida.
- d) **Vínculo.** 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.
- e) **Eficacia.** Es el logro de los mejores resultados en salud en la población por parte del Sistema Nacional de 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.

- f) **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.
- g) **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.
- h) **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.
- i) **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, para lo cual se requiere un Sistema Nacional de Salud que contemple tanto la diversidad sexual y de género, como la autonomía sobre el cuerpo.

**Artículo 7°. Definiciones.** El Sistema Nacional de Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos:

- a) **Salud.** Es 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. Los bienes y servicios de atención integral 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. La salud es un derecho humano fundamental y autónomo e irrenunciable, con una dimensión de servicio público esencial y su garantía es deber y obligación del Estado en su responsabilidad social

**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. Las políticas de Salud Pública deben proteger el ambiente y mantener la salud de las comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida y bienestar, y preservar en condiciones óptimas un ambiente y entorno sano y saludable. La Salud Pública propicia la articulación entre Estado y Sociedad.

- b) **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 para garantizar la salud de sus habitantes.
- c) **Modelo de atención.** Es el proceso dirigido y organizado que articula bienes y servicios en el Sistema Nacional de 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.
- d) **Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).** 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 Nacional de Salud, estructurado en redes integrales inter y transdisciplinarios para la prestación de servicios con capacidad resolutiva de los problemas de tipo individual, familiar, comunitario, laboral y territorial con el fin de prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Su composición en cada territorio dependerá de las necesidades y características sanitarias, epidemiológicas, socio ambientales y de los determinantes de salud existentes allí.
- e) **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 Nacional de Salud.



## CAPÍTULO II

### ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

**Artículo 8°. 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 Nacional de Salud, tiene instancias de rectoría en los ámbitos nacional y territorial. En el ámbito nacional, la rectoría será ejercida por el Consejo Nacional de Salud. En los ámbitos territoriales, será ejercida por el respectivo Consejo Territorial de Salud. Habrá tantos Consejos Territoriales como territorios de salud, según los criterios definidos en la presente Ley.

**Artículo 9°. Consejo Nacional de Salud.** El Consejo Nacional de Salud es la instancia rectora del orden nacional del Sistema Nacional de Salud, tiene total autonomía decisoria y está adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con las siguientes características:

- a) **Composición.** El Consejo Nacional de Salud es la instancia rectora y estará conformado por treinta y siete (37) miembros con voz y voto, y contará con la presencia permanente del Superintendente Nacional de Salud, quien ejercerá allí directamente su actividad de Inspección, Vigilancia y Control, con voz pero sin voto; la conformación del Consejo será la siguiente:

- I. 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.
- II. Tres (3) representantes de las Secretarías territoriales de Salud.
- III. Dos (2) representantes del sector empresarial: uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.
- IV. Dos (2) representantes de las centrales obreras.
- V. Dos (2) representantes de las asociaciones campesinas.
- VI. 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)
- VII. 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.
- VIII. Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad.
- IX. Un (1) representante de las comunidades LGBTI.
- X. Dos (2) representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud: uno estatal y uno privado.
- XI. Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno Nacional.
- XII. Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, entidad consultora del Gobierno Nacional.
- XIII. Un (1) representante de la profesión de Enfermería.
- XIV. Un (1) representante de las facultades de Ciencias de la Salud.



- XV. Un (1) representante de las facultades y programas de Salud Pública.
- XVI. Un (1) representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud.
- XVII. Dos (2) representantes de las demás organizaciones de trabajadores no médicos de la salud: uno profesional y otro no profesional.
- XVIII. Un (1) representante de los pensionados.

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

**Parágrafo.** El Ministerio de salud reglamentará el proceso y procedimiento de elección de los miembros no gubernamentales garantizando la participación plural y democrática de la sociedad civil. La reglamentación deberá surtirse en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley. Los criterios de selección respetarán los principios de neutralidad e imparcialidad para llevar a cabo una valoración objetiva de la trayectoria y representatividad demostrada por las organizaciones y delegados que se postulen en el desarrollo de las convocatorias.

c) **Invitados.** El Consejo Nacional de Salud estará en libertad de invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere convenientes, 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 una situación extraordinaria lo exija (catástrofes

naturales, emergencias sanitarias). Su sede para cada reunión será establecida por 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.

**Artículo 10°. Funciones del Consejo Nacional de Salud.** El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Adoptar las políticas públicas nacionales de salud, con visión de salud pública individual y colectiva, que se estructuren en las propuestas gubernamentales presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o de las iniciativas de las organizaciones de la sociedad civil.
- b) Dichas políticas están orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto en las funciones, tareas y obligaciones del Sistema Nacional de Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública o sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud como lo son (alimentación y nutrición, vivienda, educación, acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo y transporte seguras y saludables y un medio ambiente sano, entre otros factores y determinantes), mediante la incorporación de enfoques transversales, estructurales e interseccionales de la salud, en todas las políticas para el ámbito territorial y nacional.
- c) Establecer las reglas de funcionamiento del Sistema, en especial en los aspectos señalados de su competencia en la presente Ley, para la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- d) Establecer las reglas específicas sobre la estructura y el funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud y de los Fondos Territoriales de Salud y supervisar su operatividad.

- e) Definir las reglas generales de presupuesto, contratación y pago de los Fondos Territoriales de Salud a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.
- f) 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.
- g) Presentar un informe general y específico de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional cada semestre ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes.
- h) Adoptar su propio reglamento.

**Artículo 11°. Consejos Territoriales de Salud.** Los Consejos Territoriales de Salud tienen como objetivo, desarrollar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas emanadas del Consejo Nacional de Salud y tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente; así mismo, diseñarán 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 de Salud del Territorio.

**Parágrafo.** Los Consejos Territoriales de Salud ejercerán funciones de adecuación de la política emanada del Consejo Nacional 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 12°. 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 puesta en marcha de las políticas públicas definidas en la instancia rectora por parte del poder ejecutivo en el ámbito nacional, departamental, regional, distrital y municipal. 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 el Consejo Regional de Seguridad Social en Salud, En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las Direcciones Territoriales de 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 13°. 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 aprobación.
- 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 aprobación.
- e) Coordinar la elaboración de los informes del Consejo Nacional de Salud a presentar al Congreso de la República.
- 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 14°. Instituciones adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social.** Para cumplir las funciones relacionadas con la misión y el buen funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con las siguientes instituciones adscritas:

- a) **Instituto Nacional de Salud (INS).** La misión de este instituto será garantizar la calidad de la información en salud de la población en el territorio nacional, realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de salud de la población en general, y las respuestas desde lo institucional y social desarrolladas en el país, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema.
- b) **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).** La misión de este instituto será garantizar la pertinencia, la calidad e inocuidad de los medicamentos y alimentos que se ofrezcan en el país, con base en el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control de los procesos de importación, producción, distribución y consumo, y en la realización de los estudios pertinentes para la formulación, implementación y

evaluación de la política pública de medicamentos y alimentos formulada por las instancias rectora y de dirección del Sistema.

- c) **Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS).** La misión 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 Nacional de 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.
  
- d) **Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSST).** 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.
  
- e) **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).** La misión de este instituto es la de contribuir al logro de las mejores condiciones de vida posibles para las familias e infancia colombianas, respetando su diversidad y su autonomía, por medio de la disposición de bienes y servicios complementarios y articulados a los sistemas encargados de la garantía de los derechos sociales, económicos y culturales para la población colombiana[A14].
  
- f) **Instituto Nacional de Cancerología (INC).** La misión de este instituto es, además de la prestación de servicios en materia de atención integral del cáncer que viene desarrollando, actuar como centro de referencia nacional y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de la enfermedad, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control del cáncer, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.
  
- g) **Centro Dermatológico Nacional Federico Lleras Acosta.** La misión de este centro es prestar servicios especializados de dermatología, educar permanente y suficientemente al estudiantado de ciencias de la salud y a los trabajadores sanitarios sobre la lepra o enfermedad de Hansen con miras a favorecer su detección temprana y eliminarla en el territorio nacional, servir de referente nacional para la atención de los pacientes dermatológicos y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de las enfermedades de la piel, las respuestas institucionales, formativas, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de este tipo de enfermedades, con el fin de orientar la toma de decisiones de

las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.

- h) **Sanatorios de Agua de Dios y de Contratación.** Su misión es la detección de la lepra (enfermedad de Hansen) entre sus habitantes y la atención integral de los pacientes que padezcan su forma activa o sus secuelas. En dichas localidades el Ministerio de Salud establecerá programas de investigación, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación.
  
- i) **Centro Nacional de Investigación y Desarrollo en Tecnologías de la Salud,** 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.
  
- j) 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 15°. De los Territorios de Salud.** La garantía del derecho fundamental a la salud se materializará a través de territorios en salud. 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.

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.

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 1:** La constitución de los territorios especiales en salud deben 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 16°. De las Instancias Operativas.** Las instancias operativas del Sistema Nacional de 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 III**

#### **FINANCIAMIENTO**

**Artículo 17°. Características generales.** El financiamiento del Sistema Nacional de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito, con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de generar condiciones de solidaridad intergeneracional, en beneficio de toda la población, condiciones de solidar que deben ser extensivas entre generaciones (edad), entre géneros, entre empleados y desempleados, entre sanos y enfermos. 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 Nacional de Salud en los presupuestos de orden nacional, departamental, distrital o municipal, incluyendo la de los Territorios de Salud, y otros ingresos y pagos expresamente establecidos por norma general.

**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 salud.**Artículo 18°. Fondo Único Público para la Salud.** Créase el Fondo Único Público para la Salud con persona jurídica de carácter público, 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 lo administre, y cuya inspección y vigilancia estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Tiene los siguientes objetivos misionales:

- a) Propiciar la solidaridad plena entre la población según su nivel de ingreso económico, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos, para lograr universalidad y equidad en el acceso oportuno a servicios de igual calidad para toda la población.
- 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 Resolutiva en Salud (APIRS).
- 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 y directamente a las Instituciones Hospitalarias para el control, la 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 Apropriaciones, 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 19°.** **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:

a) Recursos fiscales del orden nacional:

- I. 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.
- II. Los recursos de una partida anual del Presupuesto General de la Nación 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.
- III. Los recursos provenientes del 7% de las remesas de utilidades de empresas mineras y petroleras en fase de explotación de carbón e hidrocarburos.
- IV. 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.

b) Recursos parafiscales del orden nacional:

- I. Los recursos provenientes de las cotizaciones para la seguridad social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes

- II. 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.
- III. El dos por ciento (2%) del aporte a las Cajas de Compensación Familiar.
- IV. Los rendimientos financieros.

**Artículo 20°.** **Aportantes.** La financiación de la seguridad social en salud debe ser tripartita. Todas las empresas, deben aportar sin excepción a fondos parafiscales de conformidad con los contratos de trabajo suscritos y por los contratistas en el caso de la prestación de servicios personales.

**Artículo 21°.** Todo contrato de trabajo, sin importar la tipología jurídica, debe incluir aportes a la seguridad social, 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 22°.** 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 23°.** **Sobre el carácter obligatorio de las cotizaciones para la salud.** La cotización a la 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:** En lo referente a los 8.5% de los aportes patronales de los trabajadores con ingresos inferiores a 10 salarios mínimos, que desde 2013 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 1.** 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.

**Parágrafo 2.** 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 24°. Central Única de Recaudo para el Sistema Nacional de Salud (CUR).** Créase la Central Única de Recaudo para el Sistema Nacional de Salud (CUR), como parte integrante del Fondo Único Público para la Salud. Su función será recaudar todos los aportes de cotizaciones en salud, riesgos laborales 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.

**Artículo 25°. 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 y producción de biológicos para inmunizaciones y de medicamentos de interés público, a la vigilancia y control de medicamentos y alimentos y a la evaluación de tecnología e innovación en salud.
- e) **Compensación regional para la equidad**: destinada a compensar a las regiones con menor empleo formal y capacidad de aportes a la seguridad social en salud.
- 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 26°.** **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): 45%
- 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 Fondo Nacional de Compensación
- f) Cuenta Prestaciones Económicas en Salud
- g) Cuenta de Infraestructura y Equipamiento en Salud (IES)
- h) Cuenta de Formación en Salud (FS):

i) 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 27°. 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 28°. 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 serán administrados por un Consejo Directivo de Seguridad Social en Salud integrado por representantes del Gobierno, los empleadores y los trabajadores.

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 29°. 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, 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 30°.** **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 31°.** **Cobertura de atención del Sistema Nacional de 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. 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 1715 del 2015 y su reglamentación.

**Artículo 32°.** El Estado podrá exonerar de manera temporal, para el cumplimiento de las obligaciones de aportes 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 2:** 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 33°.** El Estado deberá establecer los mecanismos de recaudo de las deudas generadas por el no pago de la seguridad social, mediante mecanismos fiscales, a través de la reglamentación para la expedición de un certificado de paz y salvo obligatorio con la seguridad social, que será requisito para la protocolización de transferencia de activos.

**Artículo 34°.** 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. Es decir, al usufructo y goce del Derecho Fundamental a la Salud.

**Parágrafo.** En virtud del régimen de transición, el Ministerio de Hacienda realizará un proceso de compilación sobre los saldos adeudados en el Sistema Nacional de Salud por parte de los cotizantes, beneficiarios y actores del sistema en la prestación del servicio, con el objetivo de la actualización de la cartera.

**Artículo 35°.** **Descentralización.** Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud tendrán como criterio de asignación 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.

**Artículo 36°.** Con el propósito de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y el manejo de los recursos, se establecerán niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos según las necesidades de los municipios.

**Artículo 37°.** **Nivel municipal:** 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 básica de sus habitantes, la promoción de la salud y el control de los factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales, con el objetivo de garantizar una mejoría constante en los indicadores de salud de la población.

**Artículo 38°.** 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. Los distritos constituirán un Fondo separado que se denominará Fondo Distrital de Atención Primaria en Salud, con este objetivo.

**Artículo 39°.** **Nivel Departamental y Distrital:** Los departamentos y distritos dispondrán de un fondo departamental o distrital de salud, que integrará las rentas cedidas, las contribuciones del SOAT

y los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar en su territorio, para 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, el cual deberá ser construido con participación de las universidades con programas de salud pública en el departamento o distrito.

**Artículo 40°.** 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 se destinen al sector salud.

**Artículo 41°. Nivel Regional:** El nivel regional integra un grupo de departamentos y distritos organizados bajo un “territorio de salud”, regido por un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud; los aportes parafiscales para salud del territorio se recaudarán por parte del Sistema Único de Recaudo e ingresarán al fondo regional respectivo.

**Artículo 42°.** Los Fondos de carácter parafiscal no harán parte de los presupuestos nacional ni territoriales, ingresarán todos los aportes de seguridad social en salud de empresas, trabajadores, contratistas y rentistas de capital del territorio.

Igualmente, ingresarán a los Fondos Regionales los aportes a la seguridad social en salud provenientes del presupuesto nacional, correspondientes a la proporción de la atención de mediana y alta complejidad de la población no contributiva.

**Artículo 43°.** Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud financiarán 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: 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 desestime los utilizados más allá de las recomendaciones científicas.



**Artículo 44°.** Los aportes de solidaridad deberán ser distribuidos por el Consejo Regional de Seguridad Social en Salud entre los municipios del territorio para fortalecer la atención primaria, con criterios de equidad.

**Artículo 45°. Nivel Nacional:** El nivel nacional administrará los recursos del Sistema en el Fondo Nacional de Compensación que se financiará con un 10% de los aportes a la seguridad social que se trasladen a los Fondos Regionales. Este fondo incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes.

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

**Artículo 46°.** 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 IV

### ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS

**Artículo 47°. Administración de los Fondos Territoriales de Salud.** Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud,

**Artículo 48°. 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 49°. Manejo técnico y transparencia en 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, 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 50°.** 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 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.

**Artículo 51°.** 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 52°.** 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.

**Artículo 53°.** 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.

**Artículo 54°.** El Consejo 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.

**Artículo 55°.** Para garantizar el manejo técnico de los recursos de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, se constituirá un Consejo Regional de Planeación 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 las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas en términos de indicadores de calidad de la prestación de servicios.

**Artículo 56°.** El Consejo Regional de Planeación en Salud dispondrá de un grupo de expertos para garantizar su labor técnica en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio.

**Artículo 57°.** 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.

**Parágrafo 1:** 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 2.** 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.

**Artículo 58°.** Delimitación y precisión en la ley para la asignación de recursos necesarios, la medición de resultados debe ser anual, informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.

**Artículo 59°.** 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 60°.** 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 Nacional de 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,



**Parágrafo:** En virtud del principio por persona, el Sistema Nacional de Salud brindará cobertura del Sistema Nacional de 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 les exija a estos cobertura de un seguro de salud internacional, contra el cual los Fondos Regionales de seguridad Social puedan generar recobros por los servicios prestados.

**Artículo 62°. Concepto de calidad del servicio.** 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. La calidad se debe materializar como una garantía de la atención en salud de todos los usuarios.

**Artículo 63°. 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 64°. 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.
- d) Red de urgencias médicas.
- e) 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 65°. 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 66°. 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 67°. Formas de relacionamiento entre las Direcciones Territoriales de Salud y las Instituciones Prestadoras 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 ley, 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 Resolutiva en Salud (APIRS). 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:** 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.** 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 68°. 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.

Igualmente, 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 69°. Integración de las Redes de Servicios de Salud.** Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas y mixtas, harán parte de la red de servicios del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. 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 70°. 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 Nacional de 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, 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 71°. Servicios Farmacéuticos.** Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social 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 72°. 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 73°. Atención Primaria en el centro de la Red de Servicios.** La Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos, técnicos, tecnológicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades, directamente y como “primer elemento de asistencia sanitaria” de alta calidad, costo efectiva, multi y transdisciplinaria.

**Artículo 74°.** La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial 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 75°. 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.

**Artículo 76°.** 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.

En centros urbanos, deberán planificar como objetivo a mediano plazo el desarrollo de un Centro de Atención Primaria por cada 20.000 habitantes, con todos los componentes de atención básica y los correspondientes servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. En centros urbanos con alta densidad poblacional estos servicios podrán unificarse por cada tres centros de atención primaria.

**Artículo 77°. Acceso a los Servicios.** Para acreditar sus derechos y acceder a cualquier servicio de salud, el ciudadano o residente en el país, únicamente requerirá su documento de identidad.

**Artículo 78°.** 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 79°. 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 resolutoria 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 remitora y, posteriormente, la contrarreferencia, como el retorno informado sobre la continuación de los cuidados en su centro de atención primaria y su vivienda.

**Artículo 80°.** 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 81°. 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 82°.** 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 83°.** Cada Dirección Departamental o Distrital de Salud conformará una Oficina de Coordinación de la Red de Servicios.

**Artículo 84°.** 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 85°.** 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 tratamientos en instituciones especiales no disponibles en muchas regiones.

**Artículo 86°. 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 serias falencias en el servicio o problemas específicos que lo justifiquen.

**Artículo 87°.** 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.

**Artículo 88°.** 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.

**Parágrafo.** Se debe garantizar el derecho siempre y cuando el Sistema Nacional de Salud tenga contratada la red a la cual deba surtirse la remisión del paciente.

**Artículo 89°. 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 90°.** La Coordinación deberá depender de la Dirección Regional de Salud y debe ser constituida por el Consejo Regional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 91°.** 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 92°.** 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 93°.** La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

**Artículo 94°. Evaluación de la Prestación de Servicios de la Red.** Cada Coordinación Territorial de la Red debe producir un informe anual 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.

**Artículo 95°.** 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:

- 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.
- Capacidad instalada de la red de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios.
- Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud
- 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.
- Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.



## CAPÍTULO VI

### MODELO DE ATENCIÓN

**Artículo 96°.** **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) Programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública.
- d) 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 97°. 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 de tránsito.
- d) Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutive, 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 98°. 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 Resolutiva en Salud (APIRS) y deberán configurar Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS), según el diseño realizado por el Territorio de Salud correspondiente.

**Artículo 99°. 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 100°.** 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 101°.** 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 102°.** 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, conforme a los principios señalados.

**Artículo 103°.** Los Centros de Atención Primaria, 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 104°.** 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 105°. 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 106°.** 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 morbilidad de los distintos grupos poblacionales de cada departamento o distrito.

**Artículo 107°.** 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, conforme a los principios señalados.

**Artículo 108°.** 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 109°.** 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 110°.** **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 111°.** 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 112°.** 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 113°.** 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 contará con una Dirección de Auditoría Médica y Evaluación de Calidad de la RED.

**Artículo 114°.** 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.

**Artículo 115°.** Adicionalmente, si la Auditoría Médica 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 total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

**Artículo 116°.** 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 117** 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 118 °. 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 119°. 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 120°.** 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 121°.** Su desarrollo y servicios serán financiados con recursos de un Fondo específico para enfermedades raras, que hará parte del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 122°.** 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 123°. 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. 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 VII

### SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIS)

**Artículo 124°. 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 Nacional de 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 125°. 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:

diferenciar dos tipos de contenidos a) Información económica y b) Información clínica

- a) **Nivel operativo:** garantizará la producción y el uso de la información para la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) 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 Nacional de 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.

**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 126°. 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. 15° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

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 Nacional de 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 127°. 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 resolutivez del médico de atención básica o de los programas de prevención secundaria.

**Artículo 128°.** Las IPS 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 129°.** 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.

**Artículo 130°. Coordinación Departamental o Distrital de la Red.** La instancia de Coordinación Departamental 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 131°.** 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 132°.** 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 133°.** 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 134°.** La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica.

**Artículo 135°.** 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 136°.** 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.



## **CAPÍTULO VIII**

### **PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL**

**Artículo 137°. 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 Nacional de 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 138°. 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 139°. 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 IX

### INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

**Artículo 140°. 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 141°. Enfoques generales de la inspección, vigilancia y control.** Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema Nacional de Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud con el apoyo de la red de control social 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 1:** 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 Nacional de 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 142°. Inspección.** Se definen como actividades de Inspección a las acciones ejecutadas por la Superintendencia, para conocer el funcionamiento e integridad del Sistema de 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 143°. 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 144°. 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 145°. 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.

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.

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

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.

**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 Nacional de Salud, incorporando cuatro 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 Nacional de 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 Nacional de Salud y en el sistema de administración de justicia.

**Parágrafo 2:** Los criterios definidos para la 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.

**Artículo 146°. 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.

**Artículo 147°. 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.

El sistema de quejas y reclamos debe garantizar una respuesta oportuna 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.

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.

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.

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

- 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) Empezar 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.

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 resolutoria en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.

**Artículo 149°. NOMBRAMIENTO DEL SUPERINTENDENTE 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.

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.

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.

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 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 de Salud Transitorio, el cual ejercerá el cargo hasta el nombramiento y posesión de la persona que gane el concurso de méritos.

**Artículo 150°. 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. 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 X

### DETERMINANTES DE SALUD

**Artículo 151°.** Con el fin de reducir las desigualdades que limitan o impiden el goce efectivo del derecho a la salud, generadas por los Determinantes de Salud, se incidirá sobre estos 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 Nacional de Salud basado en la equidad.

**Parágrafo.** Son Determinantes de Salud aquellos factores que al no existir o al actuar negativamente, promueven la aparición de enfermedades o las empeoran. Tales factores son: sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos. 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 152°.** La presente Ley establece en principio como Determinantes de Salud los contenidos en la Observación General 14 de las Naciones Unidas y la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional de Colombia, pero el Sistema de Salud debe guiarse integralmente por las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.

**Artículo 153°. 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, para conformar la Comisión Nacional de Determinantes de Salud, la cual iniciará funciones treinta (30) días calendario después de ser sancionada la presente Ley; 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 primera función será revisar 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 en un comienzo.

Esta Comisión incluirá en cada Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo el valor de los recursos asignados para modificar los principales Determinantes de Salud, los cuales serán incluidos en los presupuestos plurianuales consignados en el precitado plan. Así mismo, esta Comisión presentará al presidente de la República el monto de los recursos asignados a cada uno de los Determinantes de salud en el proyecto de presupuesto anual de la Nación.

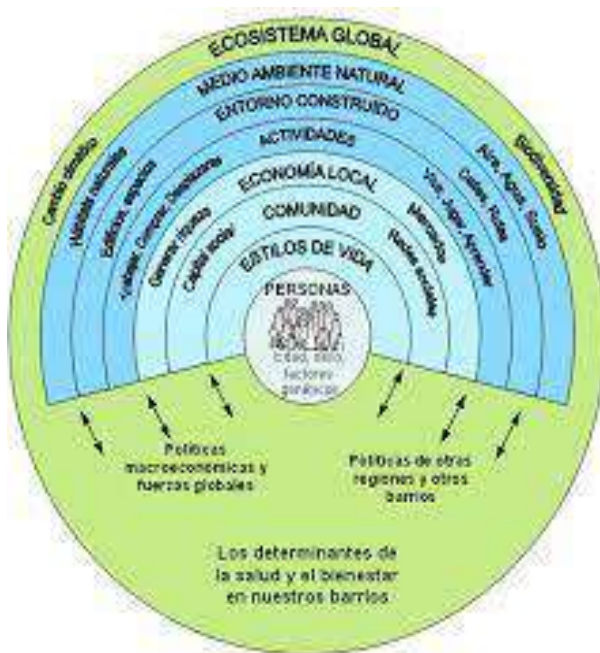


La Comisión reglamentará el tratamiento de dichos Determinantes, sus decisiones tendrán carácter de Decreto y serán respaldadas mediante firma por los ministros del gabinete del ejecutivo. Se reunirá trimestralmente para conocer la situación del país en lo pertinente, a partir de los informes de cada departamento del territorio nacional, con el fin de evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante seguimiento al comportamiento de indicadores de salud y consignará trimestralmente los resultados en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS).

**Parágrafo 1.** La condición de miembro de la Comisión es indelegable y la inasistencia acarreará sanción disciplinaria.

**Parágrafo 2.** La Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud será de carácter institucional presidida por el Instituto Nacional de Salud (INS).

**Artículo 154°. 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, 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. 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 en un comienzo. La Comisión reglamentará el tratamiento de dichos Determinantes, sus decisiones tienen carácter vinculante y son respaldadas mediante firma por los secretarios departamentales del gabinete de la Gobernación respectiva. 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 SIIS.



## CAPÍTULO XI

### POLÍTICAS PÚBLICAS PRIORITARIAS

**Artículo 155°. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en salud.** De acuerdo a 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. 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.

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 directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las prioridades de la Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud y complementados con recursos territoriales para tal efecto, en especial, los del Sistema General de Regalías.

**Artículo 156°. 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, para recuperar la salud. 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 tales como: compra conjunta de medicamentos esenciales, producción nacional de moléculas no protegidas por patente, producción de moléculas con patentes liberadas por interés en salud pública, provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales, investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías prioritarias, formación y educación continua farmacológica del recurso humano de salud, estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías, regulación de precios de medicamentos y tecnologías, evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.

**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 recurso humano de salud 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.

**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 157°. 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.

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 158°. 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 1° 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. 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. 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.

**Artículo 159°. Política de Formación y Educación Superior en Salud.** En concordancia con la evolución de la epidemiología y los indicadores de salud del país en general y de las regiones y territorios en particular, 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. 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, así como las necesidades y estímulos para la formación de especialistas y subespecialistas en las diferentes profesiones del área de la salud, y 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 ~~integradas~~ 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 2° “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”*). 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 educación continua para todos los trabajadores de la salud, en especial para quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales. Se realizará un censo del recurso humano, profesional, tecnológico, técnico y auxiliar.

**Artículo 160°. Censar a la población trabajadora del sector salud.** En el año siguiente a la aprobación de la presente Ley, el Instituto Nacional de Salud (INS) organizará y realizará un censo nacional de dicha población 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 para lograr un desempeño y atención óptimos de estas personas y garantizar el disfrute del Derecho Fundamental a la Salud a ellas y a toda la población.

**Artículo 161°. Régimen y Política Laboral del Talento Humano en Salud.** El régimen y política laboral del talento humano en salud se conformará de acuerdo con los requerimientos de cantidad, perfiles y organización; y acorde a las características del Sistema Nacional de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

La Política Laboral del Talento Humano en Salud promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo del talento humano en salud; 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 Nacional de Salud.

Se reconoce el Talento Humano en 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.

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 162°. 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.
- b) Los empleados 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) 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:
  - i. El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal serán acordes con la población a atender.
  - ii. Requerimientos reales de las plantas de personal.
  - iii. 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.
  - iv. Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal.
  - v. Normas sobre incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas.
  - vi. Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.
  - vii. 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 musculoesqueléticos y los aspectos psíquicos de origen laboral, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud.

viii. 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 del talento humano en salud.

**Artículo 163°.** 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.

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

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, con todos los derechos y prestaciones de ley.
- 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:

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

ii. Requerimientos reales de las plantas de personal.

iii. 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.

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

v. Normas sobre incentivos salariales y no salariales.

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

vii. 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.

viii. 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 164°. 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. 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 165°. 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 166°. Política de formación y educación superior en salud.** 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 salud. Acorde con el concepto de Territorios Saludables, esta política deberá orientar las prioridades de formación de personal según las necesidades de calidad de vida y salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), con enfoque familiar

y comunitario, así mismo deberá señalar las necesidades y estímulos para la formación de especialistas y sub especialistas en las profesiones del área de la salud, y la articulación entre las instituciones formadoras de personal y las redes de servicios de salud.

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.

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, 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 167°. 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 168°. Régimen de Transición del recurso humano en 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 XII

### EL ACTO MÉDICO Y LA AUTONOMÍA PROFESIONAL

**Artículo 169** °. 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 170**°. 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 171**°. 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 172°.** 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 173°.** El médico tratante garantiza al enfermo o a sus allegados inmediatos responsables, el derecho de elegir al cirujano o especialista de su confianza.

**Artículo 174°.** 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 175°.** 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 176°.** 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 XIII

### RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO

**Artículo 177°.** **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 Nacional de Salud.

**Artículo 178°. 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:

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.

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 Nacional de Salud.

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 179°. Sujetos disciplinables en el Sistema Nacional de Salud.** Adiciónese un inciso final al Artículo 53, Libro III Régimen Especial, Título I Régimen de los Particulares, Capítulo Primero de la Ley 734 de 2000 Código Único Disciplinario el cual quedará así:

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 Nacional de Salud o de las entidades exceptuadas.

**Artículo 180°. Faltas disciplinarias en el Sistema Nacional de Salud.** Adiciónense los numerales 12, 13 y 14 al Artículo 55, de la Ley 734 de 2000, Código Único Disciplinario, los cuales quedarán así:

12. Negar, retrasar u obstaculizar el acceso a servicios o tecnologías contemplados en los planes obligatorios de salud, o que no se encuentren expresamente excluidos.

13. Incumplir o desacatar fallos de tutela en salud.

14. Incumplir cualquiera de las obligaciones establecidas en el Régimen Legal del Sistema Nacional de Salud, relacionados con la garantía de la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 181°. Sanciones Disciplinarias en el Sistema Nacional de Salud.** Adiciónese un inciso al Artículo 56 de la Ley 734 de 2000, Código Único Disciplinario, el cual quedará así:

Cuando se trate de las conductas previstas en los numerales 12, 13 y 14 del artículo 55 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 General de Seguridad Social en Salud y no podrá ser inferior a diez años.

**Artículo 182°. Criterios para la Graduación de la Sanción Disciplinaria en el Sistema Nacional de Salud.** Adiciónese el Artículo 57 de la Ley 734 de 2.000, Código Único Disciplinario, así:

Para la graduación de la sanción, respecto de las conductas descritas en los numerales 12, 13 y 14 del artículo 55 de este Código, serán tenidas en cuenta como circunstancias de agravación, la comisión de la conducta:

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. Con desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación proferidas al respecto por la Corte Constitucional.
3. 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.
4. 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.
5. Para cobrar por los servicios, valores que no corresponden a las tarifas autorizadas, cobrar por servicios que deben ser gratuitos o efectuar recobros indebidos.

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

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

**Artículo 183°. 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 184°. Traslado a los Tribunales de Ética del Talento Humano en 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.



shutterstock.com - 178504451

## CAPÍTULO XIV

### PERÍODO, DISPOSICIONES DE TRANSICIÓN Y VIGENCIA



**Artículo 185°. Período de transición.** Con el fin de propiciar la adaptación de las Instituciones del Sistema Nacional de 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 Nacional de 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, 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 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 186°. Disposiciones transitorias.** La transición de los actuales sistemas de salud y riesgos profesionales al Sistema Nacional de Salud se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias:

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

- d) Las empresas promotoras de salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado actuales deberán trasladar el monto de las cotizaciones a la seguridad social en salud al Fondo Único Público para la Salud una vez entre en funcionamiento la Central Única de Recaudo de este Fondo.
- e) 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.
- f) 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.
- g) 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 nacional de salud. El informe de viabilidad deberá generarse en el plazo de un (1) año a partir de la vigencia de la presente ley.
- h) **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.

### **OTRAS DISPOSICIONES**

**Artículo 187°. Consulta Previa.** Para la reorganización del Sistema Nacional de 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 188°. Vigencia.** Transcurrido el período de transición de la presente Ley, se derogan todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular los libros 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.**