"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

DECRETA:

TITULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN 7
Artículo 1. Objeto. . 7
Artículo 2. Aseguramiento social en salud.. 8
Artículo 3. Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (APS). . 8
TITULO II: GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA 9
Artículo 4. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud. . 9
Artículo 5. Consejo Nacional de Salud.. 9
Artículo 6. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. . 11
Artículo 7. Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). . 11
TÍTULO III: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD 12
Artículo 8. Obligatoriedad de las cotizaciones. . 12
Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. ……. 13
Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. 15
Artículo 11. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES. 16
Artículo 12. Fondo Único Público de Salud.. 17
Artículo 13. Cuenta de Atención Primaria en Salud. 17
Artículo 14. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. 18
Artículo 15. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. …….. 18
Artículo 16. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación... 19
Artículo 17. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. 20
Artículo 18. Autorización de pago de servicios. . 20
Artículo 19. Servicios Sociales Complementarios en Salud. . 22
Artículo 20. Prestaciones económicas. . 22
Artículo 21. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. . 23
TÍTULO IV: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 23
CAPÍTULO I: GESTORAS DE SALUD Y VIDA 23
Artículo 22. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).. 23
Artículo 23. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. ……..… 25
Artículo 24. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. . 26
Artículo 25. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.. 28

Documento de trabajo

CAPÍTULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SERVICIOS DE SALUD – RIITSS 28
Artículo 26. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS. ……. 28
Artículo 27. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITSS. . 30
Artículo 28. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITSS. . 30
Artículo 29. Centro de Atención Primaria en Salud. 32
Artículo 30. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. ……. 33
Artículo 31. Sistema de referencia y contrarreferencia.. 35
Artículo 32. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. . 36
CAPÍTULO III: INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO 37
Artículo 33. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. …. 37
Artículo 34. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. …. 38
Artículo 35. Órganos de dirección y administración de las ISE. . 39
Artículo 36. Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH).. 40
TÍTULO V: PERSONAL DE SALUD 41
Artículo 37. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual de profesionales de salud, en áreas médico-quirúrgicas y de salud pública.. 41
Artículo 38. Régimen Laboral de las ISE.. 41
Artículo 39. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.. 42
Artículo 40. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. . 43
TÍTULO VI: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL 44
Artículo 41. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial……..... 44
Artículo 42. Delimitación y fortalecimiento de la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud. 44
TÍTULO VII: DISPOSICIONES GENERALES 45
Artículo 43. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. ……. 46
Artículo 44. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. . 46
Artículo 45. Regímenes Exceptuados y Especiales.. 46
TÍTULO VIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS 47
Artículo 46. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.. 47
Artículo 47. Vigencia. . 51

Documento de trabajo

TITULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.

Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

Documento de trabajo

Artículo 2. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud es entendido como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de salud y vida.

Artículo 3. **Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (APS).** Se define el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo como la política en salud del Estado para la población del territorio colombiano. Comprende el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud que permita la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas cuyo centro son las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante redes integradas e integrales territoriales de salud, integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del sistema de salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud - APS a través de estrategias orientadas a recuperar la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar redes integrales e integradas territoriales

de servicios de salud en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad, y los sectores sociales. En el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS y los Equipos de salud territoriales.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

TITULO II: GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA

Artículo 4. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud. La Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.

El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud, la gestión de los procesos al interior del sistema. Además ejerce la coordinación intersectorial y ejecuta las disposiciones legales vigentes.

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.

Documento de trabajo

Parágrafo 1. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Parágrafo 2. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.

Parágrafo 3. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social liderará la construcción de la Política de Calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).

Artículo 5. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por seis (6) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Director de Planeación Nacional y un (1) representante de los gobiernos territoriales.

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

1. Trabajadores de la salud
2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
3. Pacientes
4. Academia, facultades y escuelas de salud
5. Empresarios del sector salud
6. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado

El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quorum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría simple.

Documento de trabajo

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno Nacional y a los actores del Sistema de Salud, para la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.
2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Monitorear el buen funcionamiento del sistema de salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.
4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en enero de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente ley.
6. Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo 1. El Ministro de Salud y Protección Social justificará al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, el número de integrantes por cada estamento sin que el total supere 15 integrantes, así como los mecanismos de elección y participación en este consejo.

Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud. La respectiva ley anual definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios y desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación.

Parágrafo 4. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.

Artículo 6. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS para garantizar acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del sistema de salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud tanto administrativa como asistencial será obligatoria para todos los integrantes del sistema de salud.

El sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades.

Documento de trabajo

El SPUIIS deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno Nacional.

Artículo 7. Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). En los trámites de expedición, renovación o modificación de registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos-Invima deberá aceptar documentos públicos de origen extranjero sin el cumplimiento de los requisitos formales de apostilla o legalización, siempre y cuando en el dossier de solicitud, el interesado indique el sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, la cual debe ser de una entidad oficial y el Invima confirmará la autenticidad, alcance y vigencia del documento.

Cuando el documento se haya emitido en idioma extranjero, el Invima admitirá la traducción simple al castellano, bajo la responsabilidad del aportante. La veracidad de está traducción será también responsabilidad del aportante.

Las personas que, al 30 de septiembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – Invima, se les brindaran alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

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

Documento de trabajo

TÍTULO III: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 8. Obligatoriedad de las cotizaciones. Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas; la liquidación y pago de las cotizaciones al sistema de salud son obligatorias. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas y las personas naturales que reciben ingresos por salarios, rentas o trabajo independiente, o son contratistas o pensionados.

Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta de Recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES.

El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones obligatorias al sistema de salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia.

La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas.

Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente Ley se denominará "Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES", tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:

1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud
2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.
3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.
4. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza publica, privada y mixta.
5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de las que dependan o los operen.
6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley.
7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.
8. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda.
9. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
10. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
11. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.

Documento de trabajo

12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.
13. Hacer púbicas todas las transacciones y reconocimiento del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.
14. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar, la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud seguirán siendo administrados bajo el régimen privado.
15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.
18. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para la sostenibilidad del sistema de salud.
19. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.
20. Establecerá, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
21. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.
22. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.
23. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión que el Ministerio de Salud y Protección Social ordene.
24. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.

Parágrafo 1. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES.

Documento de trabajo

Parágrafo 2. Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional e Inversiones necesario para garantizar que en un plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES. La Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.

Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES le corresponde administrar los recursos del Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, entre otros, los siguientes:

1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional
2. Los recursos provenientes de las cotizaciones para el aseguramiento social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, ingresos de los pensionados e ingresos de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital.
3. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos por los obligados.
5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el sistema de salud.
6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.
7. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la prestación de servicios de salud y los que actualmente son destinados al régimen subsidiado.
8. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES.
9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos provenientes de las rentas cedidas que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES.
10. Los recursos propios de las entidades territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, deben ser girados a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES.
11. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro.
12. Los rendimientos financieros.
13. Los recursos de FONSAET

Documento de trabajo

14. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.

Artículo 11. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.
3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.
4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
7. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.
8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud proveedor de naturaleza pública, privada o mixta.
9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.
10. Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y las gestoras de salud y vida.
12. La formación del talento humano en salud.
13. El pago de las incapacidades.
14. El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES debe girar o pagar.
15. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.
16. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes.
17. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT de tarifa reducida.
18. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el

Documento de trabajo

punto 1 del Acuerdo de Paz, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.

19. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
20. El pago de recursos de inversión que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES la adquisición o contratación de bienes o servicios con los mismos.
21. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales.

Artículo 12. Fondo Único Público de Salud. Los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES y serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo.

La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de “Atención Primaria en Salud”, y de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria”.

Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Documento de trabajo

Artículo 13. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra:

1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud,
2. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados
3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar a prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios,
4. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar,
5. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES.

Estos recursos se destinarán a financiar:

1. Los servicios de atención primaria,
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales,
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos,

4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud – APS se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Artículo 14. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos;
2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES.
3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos
4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas
5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos
6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos:

1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social,
2. Al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado,
3. Al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento,
4. Al transporte medicalizado de los departamentos y distritos,
5. Al pago de incentivos que se establezcan para las ISE de mediana y alta complejidad.

Documento de trabajo

Artículo 15. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud. Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.
2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las personas no cotizantes.
3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
4. El financiamiento de los programas de formación en salud.
5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de

Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.
7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.
8. Pago de remuneración a las Gestoras de Salud y Vida
9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida.

Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias.

Artículo 16. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población.

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

Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social destinará los recursos de la UPC así:

1. Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación de la Atención Primaria en Salud se hará vía oferta, según se define en la presente Ley.
2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.

Parágrafo 1. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Gobierno Nacional dispondrá recursos financieros para asumir costos y gastos derivados de la misma.

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

Documento de trabajo

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

Artículo 17. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 26 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud RIITSS, que les faculta para hacer parte de las redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS - gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.

Una vez registrado y certificado en la las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS, cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente Ley.

Documento de trabajo

Cuando se haya prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, la cual pagará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación. El pago del porcentaje restante estará sujeto al informe de revisión y auditoría completa de las cuentas entregado por parte de la correspondiente Gestora. Si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, el pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES no deberá superar los 90 días calendario. En caso de glosas o inconsistencias, el plazo de 90 días cuenta a partir de la radicación de la respuesta a glosas formuladas por la auditoría. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo: En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Artículo 18. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada de servicios de salud,

según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

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

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada de servicios de salud, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS para su consulta.

De encontrarse irregularidades continuadas en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

Documento de trabajo

Parágrafo. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicio de salud sea informada a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Artículo 19. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica le impide proporcionárselos por sí misma. Son servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa. El Gobierno Nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura.

Parágrafo 1. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada, siempre y cuando se cuente con el perfil que sea equivalente o superior a la del personal de salud necesario.

Parágrafo 2. Para los pacientes pertenecientes a la población indígena, negra, raizal, estrato 1, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud son trasladados y/o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen, el Gobierno Nacional determinará la forma en que serán asumidos los servicios del transporte para el traslado del cadáver, responsable y fuente de financiación; con el fin de que retorne a su lugar de origen.

Artículo 20. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente Ley.

Las mujeres y personas gestantes no cotizantes recibirán prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta prestación alcanzará, de manera progresiva, el mismo tiempo estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de semanas hasta alcanzar el tiempo máximo estipulado en el 2026.

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

Documento de trabajo

Artículo 21. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A las Instituciones de Salud del Estado - ISE e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS privadas o mixtas, se les concederán créditos blandos con tasas compensadas, según los requisitos que para ello establezcan el Ministerio de Salud y Protección Social que les facilite el saneamiento de sus finanzas y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.

TÍTULO IV: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I: GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 22. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente ley.

Podrán transformarse en Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos definidos en el artículo 23, y cumplan con las condiciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con indicadores de satisfacción al usuario y resultados en salud; durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Colaborar en la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud conforme a la organización de las redes integrales e integrada de servicios de salud por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES.
2. Durante los dos años de transición previstos en esta Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Durante el periodo de tiempo que permanezca como Entidades Promotoras de Salud (EPS), el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de las Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, la implementación del giro directo.
4. Se organizarán progresivamente por territorios para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En los mencionados territorios y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.
5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las redes integrales e integradas de servicios de salud que organicen las secretarias departamentales y

Documento de trabajo

distritales en coordinación con las gestoras de salud y vida de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud RIITSS estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.
7. Antes de cumplir los dos años de transición previstos en esta Ley, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI), las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley.
8. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad.
9. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS, contratados por las Entidades Promotoras de Salud.

Documento de trabajo

Parágrafo 1. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud EPS en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno Nacional.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical.

Parágrafo 3: Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea

de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 4: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con participación accionaria del Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 23. **Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud.** Dentro de los 60 días hábiles siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

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

Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones iniciará inmediatamente el proceso de retiro.

En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora de Salud entrará en proceso de liquidación.
El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de la Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En el caso del numeral dos (2) la Entidades Promotoras de Salud tendrá que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a 48 meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los 60 días previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación.

Documento de trabajo

Parágrafo 1. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud.

Parágrafo 2. Las EPS que presenten el plan de habilitación y saneamiento a la entrada en vigencia de la presente ley, observando los parámetros definidos en el artículo 22 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como EPS, para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta 30 días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.

Artículo 24. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:

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

Documento de trabajo

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

7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.
8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarias departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud RIITSS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población
9. Ejecutar en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS.
10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.
11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.
12. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
13. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.
14. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.
15. Gestionar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS, con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.
18. Validar la facturación del componente complementario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES para los pagos a que haya lugar.

Documento Validado

19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.
20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
21. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida.
22. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.
23. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.
24. Establecer los convenios de desempeño con los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad, dentro de la Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS correspondiente. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención
25. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo.

Documento de trabajo

Parágrafo: Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno Nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

Artículo 25. **Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.** Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el 5% del valor de la Unidad de Pago por Capitación asignada para financiar la atención en salud de la población de la cual la Gestora participa en su atención integral, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto.

En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla los estándares de gestión establecidos, recibirá hasta un 30% menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina Ministerio de Salud y Protección Social.

Además, podrán recibir hasta 3% del valor de la Unidad de Pago por Capitación asignada para financiar la atención en salud de la población a la cual la Gestora participa en su atención integral, de incentivos por resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; según lo estipulado el artículo 27 de la presente ley.

CAPÍTULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SERVICIOS DE SALUD – RIITSS

Artículo 26. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS. Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud, la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.

Estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios se prestarán de acuerdo con las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación; los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud – RIITSS. Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales, adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

En el nivel primario, las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS a través de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población; la supervisión y evaluación será realizada por la Gestoras de Salud y Vida.

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada IPS de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoria

Documento de trabajo

para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales de salud, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1: Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, hacen parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITSS y deben cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITSS. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado ISE, se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios en Salud – RIITSS.

Parágrafo 4: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas en las Redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Documento de trabajo

Artículo 27. **Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITSS.** Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en su territorio.

Ese proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS en los territorios para la gestión en salud.

Artículo 28. **Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITSS.** El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS, con fundamento en los ámbitos de abordaje, en los territorios para la gestión en salud.

1. **Modelo de atención**. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.
   El modelo contará con un nivel primario como primer contacto que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas, centros especializados y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.

2. **Rectoría y Gobernanza de la red.** Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. **Organización y gestión.** Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUIIS.

4. **Sistema de asignación e incentivos**. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.
   El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al 3%. Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:
   a. Los resultados en salud
   b. Satisfacción del usuario
   c. Uso eficiente de los recursos

5. **Resultados**. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de

Documento de trabajo

satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud – SICA. Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. Los modelos de convenios de desempeño al interior de las redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos.

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de articuladores de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS.

Artículo 29. Centro de Atención Primaria en Salud. El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud; junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Documento de trabajo

Todos los Centros de Atención Primaria en Salud- CAPS de naturaleza pública, privada y mixta serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano; prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social; y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.

Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

Los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS, en conjunto con la Entidad Territorial, asumirán las funciones asignadas a las Gestoras de Salud y Vida, en las zonas del territorio nacional donde éstas no tengan presencia, el Ministerio de Salud reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Para el seguimiento del cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, se realizarán convenios de desempeño con las Secretarias Departamentales o Distritales de Salud, según corresponda, a través de las Unidades Zonales de Planeación y Gestión, a los cuales las Gestoras de Salud y Vida harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico – científicos y de calidad de los servicios.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS de naturaleza privada o mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente Ley.

Artículo 30. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. Los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS, independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. **Adscripción poblacional**

Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la selección dentro de la oferta disponible de Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al Centro de Atención Primaria en Salud - CAPS las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

2. **Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública**
   a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.

Documento de trabajo

b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas.
c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.
e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
f. Contribuir a la ejecución de los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva
g. Brindar y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes.
h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. Administración y atención al ciudadano

Los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.

Documento de trabajo

En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.

Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.
b. Organizar la operación del Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.
c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.

Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus

instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

4. **Gestión intersectorial y participación social**
   a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.
   b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.
   c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

5. **Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida**
   a. Los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS.
   b. Los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.
   c. Los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.
   d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITSS habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.
   e. Los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS, en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

Documento de Trabajo

Artículo 31. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS que operan en los territorios de gestión en salud.

Se entiende por resolver una referencia programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.

La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del paciente en la institución que lo recibe.

Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al sistema público unificado e interoperable de información en salud. Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y como para los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.

El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud - RIITSS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible.

Documento de trabajo

El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Servicios de Salud - RIITSS, mediante instancias de coordinación regional, departamental y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios.

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

Artículo 32. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.

Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación deberán establecer los convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS que conforman el nivel primario de la correspondiente Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud de su área de influencia, mediante la Dirección Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud y los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de departamentos y distritos, que deberán incluir el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública y el proceso gradual de formalización laboral en las direcciones territoriales de salud de estas entidades, se destinará hasta el 1% del presupuesto asignado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, del valor anual calculado para cubrir la atención en salud de la población, en cada entidad territorial según reglamentación que expida el Ministerio de Salud Protección Social.

Documento de trabajo

CAPÍTULO III: INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO

Artículo 33. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Las ISE se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión “Instituciones de Salud del Estado – ISE.
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5º del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas a las Instituciones de Salud del Estado - ISE.
3. Podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las Instituciones del Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE serán Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS en el nivel primario y de mediana y

alta complejidad en el complementario. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten.

En materia contractual, las Instituciones de Salud del Estado - ISE se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos.

Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud – SICA previsto en la presente Ley, o quien haga sus veces la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado - ISE

Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Parágrafo 2. Los municipios que, al momento de expedida la presente Ley, no cuenten con prestador público de servicios de salud del nivel municipal e identifiquen la necesidad de contar con uno, podrán crear una Institución de Salud del Estado – ISE, con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en red integral e integrada territorial de servicios de salud, o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.

Artículo 34. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado - ISE se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE.
2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.
3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.

Documento de trabajo

4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.
5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS el presupuesto será estándar y por oferta, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.

Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia.

Cuando la Institución de Salud del Estado -ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

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

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

Documento de trabajo

Parágrafo 1. Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 2. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de salud y las Secretarías de salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

Artículo 35. **Órganos de dirección y administración de las ISE.** La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado- ISE del orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.
2. El director territorial de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
4. Dos (2) representantes de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para el período inmediatamente siguiente.

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

Parágrafo 3. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso, cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado - ISE se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo.

Parágrafo 4. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.

Parágrafo 5. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia.

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

Artículo 36. Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General del Nación.
2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.

Documento de trabajo

3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.
4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.
5. Aportes de otras entidades públicas
6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.
7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.
8. Recursos para interventoría de Obras por impuestos u obras por regalías.
9. Donaciones.
10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo
11. Los demás recursos que le asigne el Gobierno Nacional.
12. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria - FIDH, el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del fondo.

El Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria - FIDH será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del fondo.

Documento de trabajo

TÍTULO V: PERSONAL DE SALUD

Artículo 37. **Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual de profesionales de salud, en áreas médico-quirúrgicas y de salud pública.** Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud ~~y~~ especialistas en áreas médico-quirúrgicas, y de salud pública el Gobierno Nacional creará un programa de becas para cubrir los costos académicos que se distribuirá en el caso de pregrado en las instituciones de educación superior pública que aumentan los cupos en programas de salud y en el caso de posgrado entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por instituciones de educación superior y los cupos por especialidades médico-quirúrgicas y oferta de programas pregraduales y posgraduales de salud pública para el país. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial – PDET, a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado - ZOMAC, y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

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

Parágrafo 3. Para la financiación de las becas y estímulos se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno Nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud, las Instituciones de Educación Superior. La reglamentación para el mecanismo de administración estará en cabeza del Gobierno Nacional.

Artículo 38. Régimen Laboral de las ISE. En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

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

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

1. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno Nacional.
2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las instituciones de salud del Estado -ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.
3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la ley 4a de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.
4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, Ley 909 de 2004 y las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan.
5. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la ley 617 de 2000.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE.

Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la

Documento de trabajo

vigencia de la presente ley, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud.

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

Parágrafo 4. Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que, a la vigencia de la presente ley, se encuentren laborando más de tres años continuos en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad de vinculación, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado – ISE, en las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.

Artículo 39. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1. El Ministerio del Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.

Parágrafo 2. A partir de la vigencia de la presente ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente ley, hayan

Documento de trabajo

obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería.

Artículo 40. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades medico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el intuito persona y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Parágrafo 1: En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.

Parágrafo 2. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna. Se entenderá por remuneración oportuna aquella que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, en los casos que aplique.

Parágrafo 3: Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.

Documento de trabajo

TÍTULO VI: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 41. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas.

En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad solidaria:

1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales;

2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados;
3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio ilegítimo.
4. Cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido por productos o servicios no efectivamente erogados o indebida aplicación de los recursos de la salud.
5. En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.

Artículo 42. Delimitación y fortalecimiento de la función jurisdiccional y de conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud. Sin perjuicio de las funciones jurisdiccionales de la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud previstas en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, se otorgan las siguientes funciones:

1. Conocer a prevención de los procesos ejecutivos promovidos para el cumplimiento efectivo de los compromisos obligatorios de pago y/o depuración de cartera producto de las mesas de saneamiento de cartera, acuerdos conciliatorios y/o cualquier otro acuerdo en la Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de conciliación, siempre y cuando, constituyan un título ejecutivo. Para el propósito de este artículo se seguirá el procedimiento establecido en la Sección Segunda del Código General del Proceso, o el que haga sus veces.
2. Conocer de modo privativo de los procesos de insolvencia, reorganización y liquidación judicial, del Régimen de Insolvencia Empresarial previstos en la Ley 1116 de 2006 o la norma que la adicione, modifique o sustituya, para los sujetos vigilados.
3. Conocer a prevención de las acciones revocatorias de los actos y/o contratos a que se refiere el numeral 7 del artículo 301 del Decreto Ley 663 de 1993, para medidas de intervención forzosa administrativa para liquidar, ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud.
4. Conocer a prevención de la acción de desestimación de la personalidad jurídica cuando se utilice para defraudar la ley, de cara a extender a los accionistas del vigilado. De esta forma responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios. En esta acción procederá el decreto y práctica de medidas cautelares de embargo y secuestro de bienes de acuerdo a lo señalado en el Código General del Proceso.

Parágrafo 1. Deróguese el numeral 1 del artículo 3 de la Ley 1116 de 2006.

Documento de trabajo

Parágrafo 2. Con la finalidad de garantizar la imparcialidad y autonomía, en el ejercicio de las funciones del numeral 2 la Superintendencia Nacional de Salud ajustará su estructura a efectos de garantizar que el área encargada de asumir las funciones jurisdiccionales asignadas por la presente ley cuente con la debida independencia frente a las demás áreas encargadas del ejercicio de las funciones de supervisión e instrucción.

El Gobierno Nacional establecerá los requisitos de admisión de las personas jurídicas vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de insolvencia.

Parágrafo 3. Para las funciones de que tratan los numerales 1, 2, 3 y 4 del presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá las mismas atribuciones de las instancias procesales, primera o única, que hubiesen conocido del mismo en razón de la cuantía y jurisdicción, sin perjuicio de los recursos procedentes ante la autoridad judicial superior funcional del juez que hubiese conocido del proceso.

Para los efectos de este parágrafo aplicará lo contenido en el artículo 24 parágrafo tercero inciso segundo de la Ley 1564 de 2012 Código General del Proceso.

Parágrafo 4. La Superintendencia Nacional de Salud para el caso de las funciones establecidas en este artículo, administrará justicia bajo el principio de gradualidad de la oferta. De acuerdo con lo anterior, esta autoridad informará las condiciones y la fecha a partir de la cual ejercerá dichas funciones jurisdiccionales.

Parágrafo 5. Deróguese del parágrafo 2 del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, la expresión. "(...) no podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo (...)".

Documento de trabajo

TÍTULO VII: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 43. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l, m y n del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto de:

1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.

3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno Nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Artículo 44. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto 1372 de 2018 y Decreto 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el Artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.

Artículo 45. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de la Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la ley 100 de 1993.

Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

TÍTULO VIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 46. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

Documento de trabajo

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explicita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.
   Las personas que, al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.
   Los contratos de los Prestadores serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.
   De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.
   El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el sistema de salud.
   Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS.

2. Las Entidades Promotoras de Salud que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.
   A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud.

Documento de trabajo

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud.
Se descontará de la UPC las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud hasta por el periodo de transición de dos años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.

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

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

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

Documento de trabajo

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

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

complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales territoriales de servicios de salud que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud.

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

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

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, los trabajadores que, a la vigencia de la presente ley, trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.
    A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria CAPS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las

Documento de trabajo

exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

13. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con las Empresas Sociales del Estado serán pagadas gradualmente, con apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se garantizará el pago que los prestadores adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

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

15. El Gobierno Nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema de Salud, durante la transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud.
    Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud.

Documento de trabajo

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

17. Las Empresas Sociales del Estado del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado. Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las Empresas Sociales del Estado de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado – ISE, para el efecto el Gobierno Nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.
    También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado- ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las Entidades Territoriales las crearán como Instituciones de Salud del Estado - ISE del nivel de Gobierno que corresponda.
    En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado -ISE mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.
    Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado transformadas en Instituciones de Salud del Estado – ISE, continuarán en cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones de Salud del Estado, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

Artículo 47. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Documento de trabajo