MODELO DE OBSERVACIONES

PROYECTO DE LEY DE REFORMA A LA SALUD DE ACUERDOS FUNDAMENTALES

**ESTE FORMATO TIENE POR OBJETO RECIBIR OBSERVACIONES CON PROPUESTAS DE CAMBIO QUE SERÁN ANALIZADAS PARA INCORPORACION SI HAY LUGAR. UNA VEZ DILIGENCIADO FAVOR ENVIAR AL CORREO** [**acuerdosfundamentales@gmail.com**](mailto:acuerdosfundamentales@gmail.com) **antes del próximo 20 de julio. Para mayor información ingrese a la página** [**www.acuerdosfundamentales.com**](http://www.acuerdosfundamentales.com)

****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Texto**  Proyecto presentado por AF | **Propuesta**  Escriba cómo debe quedar redactado el articulado | **Observaciones**  indique las razones que justifican la modificación |
| **TÍTULO I**  **SISTEMA DE SALUD** | | |
| **CAPÍTULO I:**  **OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN.** | | |
| **Artículo 1. Objeto.** La presente Ley, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con sus definiciones, ordenamientos y principios, reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud para todas las personas. La prestación del servicio de salud como servicio público esencial obligatorio, se ejecutará bajo la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. En concordancia con el Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia el Sistema de Salud funcionará con la participación de entidades y de servicios de salud públicos, privados y mixtos.  Mediante la presente Ley se establece el Modelo de Atención en Salud, preventivo, predictivo y resolutivo, fundamentado en la Atención Primaria en Salud -APS; se dispone el financiamiento, la administración y el flujo de los recursos del Sistema de Salud, el aseguramiento en salud a través de Entidades Gestoras de Salud -EGS, públicas, privadas o mixtas; la prestación integral de los servicios para la atención en salud a través de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS, públicas, privadas y mixtas; se crea el Sistema Único de Información en Salud -SUIS; se establecen los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en medicamentos, tecnologías en salud, autonomía profesional y condiciones laborales en el sector; los aspectos relacionados con la inspección, vigilancia y control; y las reglas de transición para el proceso de estructuración y operación del Sistema de Salud. |  |  |
| **Artículo 2. Fines de la intervención del Estado.** El Estado es el responsable de  garantizar, proteger, respetar y hacer respetar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y, por tanto, le corresponde ejecutar todas las acciones que sean necesarias para hacer efectivo el acceso a los servicios y a las tecnologías en salud, mejorar la prestación del servicio, aumentar la capacidad instalada del Sistema de Salud, promover el mejoramiento de las condiciones laborales del talento humano en salud, eliminar las barreras que impidan la concreción del derecho fundamental y asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y financieros requeridos.  En ese sentido corresponde al Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS o de la entidad que haga sus veces, ejercer la rectoría del Sistema de Salud y ejecutar las acciones que garanticen el cumplimiento de sus objetivos y funciones. |  |  |
| **Artículo 3. Consejo Nacional de Salud**. Créase el Consejo Nacional de Salud -CNS como un organismo adscrito al MSPS, con las competencias necesarias para adoptar las políticas públicas dirigidas a garantizar la vigencia de los principios y directrices trazados por la LeyEstatutaria 1751 de 2015, por la presente Ley, y para vigilar su cumplimiento.  El CNS estará conformado por representantes de las siguientes entidades o estamentos, para un total de quince (15) consejeros:  1. El ministro de Salud y Protección Social, quién lo presidirá;  2. el ministro de Hacienda y Crédito Público;  3. el ministro del Trabajo;  4. el ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible;  5. el ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación;  6. el director del Departamento Nacional de Planeación;  7. un (1) representante de los gobiernos territoriales, designado según mecanismo de  selección reglamentado por el MSPS.  8. un representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS privadas  y de las Instituciones de Salud del Estado -ISE;  9. un representante de las Entidades Gestoras de Salud -EGS;  10. un representante de las organizaciones nacionales de los trabajadores no profesionales  de la salud;  11. un representante de las organizaciones nacionales de los profesionales de la salud;  12. un representante de las organizaciones nacionales de pacientes;  13. un representante de la Academia Nacional de Medicina;  14. un representante de las facultades y escuelas de salud;  15. un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.  El Gobierno reglamentará los mecanismos para seleccionar los representantes no gubernamentales entre las organizaciones de carácter nacional, garantizando la participación de todas ellas en igualdad de condiciones; tales representantes integrarán el CNS para un periodo de dos (2) años y podrán ser reelegidos por una vez.  Serán asesores permanentes del CNS el director de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES, el superintendente nacional de salud, el director del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS, el director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, y el director del Instituto Nacional de Salud, con vozpero sin voto.  A las sesiones ordinarias o extraordinarias del CNS podrán ser invitados los ministros, los directivos de las entidades públicas o privadas o las personas que el ministro de salud y protección social o el CNS determinen.  El CNS se reunirá, ordinariamente, mínimo una vez cada dos (2) meses y,  extraordinariamente cuando lo cite el ministro de Salud y Protección Social o cinco (5) de sus miembros activos.  **Parágrafo 1**. **Secretaría** **Técnica.** El CNS tendrá una secretaría técnica independiente que dispondrá de toda la infraestructura y los recursos financieros necesarios para su operación y para presentar a consideración del propio Consejo los estudios técnicos que se requieran para la toma adecuada de decisiones.  La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, el cual se integrará previa convocatoria pública, según el reglamento que establezca el CNS.  **Parágrafo 2**. **Gastos de la Secretaría Técnica**. El presupuesto de funcionamiento del CNS incluirá los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, así como los honorarios y desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico y las comunicaciones. Los consejeros no gubernamentales recibirán el equivalente a los gastos de transporte, hospedaje, alimentación y honorarios por la asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento que establezca el CNS.  **Parágrafo 3. Consejos Territoriales de Salud**. Créanse los Consejos Departamentales, Distritales y de los municipios de categoría especial de Salud, según lo dispone el Artículo 2 de la Ley 617 de 2000, los cuales tendrán en lo posible y en su respectivo territorio composición y funciones equivalentes a las del CNS, con la participación de las entidades u organizaciones del orden departamental o distrital. En los Consejos Territoriales de Salud participará un (1) representante de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Servicios de Salud -RIISS del correspondiente territorio. Las decisiones de estos Consejos serán obligatorias en el respectivo territorio, en el marco del Sistema de Salud y de lo dispuesto por el CNS.  **Parágrafo 4.** El CNS y los Consejos Territoriales tendrán quórum para deliberar y decidir con la mitad más uno de sus integrantes, y las decisiones serán tomadas por mayoría simple. |  |  |
| **Artículo 4. Funciones del Consejo Nacional de Salud**. Son funciones del CNS, las siguientes:  1. Con base en un estudio técnico independiente, definir la metodología para calcular el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC, de manera que se garantice la financiación de la totalidad del Plan de Beneficios en Salud -PBS al tenor de lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.  2. Con base en la metodología establecida de acuerdo con los resultados del estudio técnico, definir cada año el valor de la UPC, incluido el reconocimiento por los gastos administrativos para las EGS.  3. Impulsar le definición de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a elevar la calidad de vida de la población, encaminadas a favorecer la presencia de la salud en todas las políticas para buscar sinergias económicas y programáticas, y de manera que consideren las implicaciones nocivas para la salud de las decisiones que se tomen en otros sectores.  4. Generar recomendaciones para todos los sectores de forma que se intervengan los determinantes sociales de la salud y se haga el debido seguimiento y análisis de sus resultados.  5. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios.  6. Aprobar, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los informes anuales del MSPS sobre los resultados del goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En caso de no aprobar el informe, se comunicará de manera motivada a las autoridades competentes.  7. Adoptar una metodología de seguimiento y evaluación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública, según lo dispuesto en las normas vigentes, y proponer los ajustes y modificaciones pertinentes.  8. Aprobar, el mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente dispuesto en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015,  para ampliar progresivamente los beneficios del Sistema de Salud, presentado a consideración del CNS por el MSPS.  9. Aprobar los informes anuales de la ADRES y de la Superintendencia Nacional de Salud, y formular recomendaciones. En caso de no aprobar el informe, se comunicará de manera motivada a las autoridades competentes.  10. Emitir concepto vinculante sobre el ajuste anual propuesto por el MSPS al Sistema de Tarifas y formas de pago, según lo dispuesto en el Artículo 33 de la presente Ley.  11. Analizar y formular las recomendaciones pertinentes respecto del informe anual del MSPS sobre el avance del Sistema Único de Información en Salud, de conformidad con lo previsto en el Artículo 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.  12. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del CNS por el MSPS.  13. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley y hacer recomendaciones, y presentar un informe al respecto en marzo de cada año a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República.  14. Reglamentar los Consejos Territoriales de Salud, apoyarlos en su gestión y evaluar sus informes semestrales.  15. Elaborar su propio reglamento.  16. Las demás que le sean asignadas por Ley. |  |  |
| **CAPÍTULO II.**  **PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD** | | |
| **Artículo 7. Prestaciones en el Sistema de Salud**. La esencia del derecho a la salud se hace realidad en la provisión de servicios y tecnologías, con sustento en una concepción integral de la salud y en el marco de lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que incluye su promoción, la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, así como la paliación y los cuidados al final de la vida.  Para ampliar progresivamente los beneficios del Sistema de Salud, el MSPS presentará para su aprobación al Consejo Nacional de Salud, el mecanismo técnico-científico dispuesto en el Artículo 4, numeral 8, de la presente Ley. |  |  |
| **Artículo 8. Servicios Sociales Complementarios en Salud.** Son aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y que por su condición socioeconómica o geográfica no puede proporcionárselos por sí misma. Incluyen los servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa y los demás que, conforme con la jurisprudencia sean considerados por el MSPS en la reglamentación expedida dentro del año siguiente una vez aprobada la presente Ley.  En dicha reglamentación, el MSPS determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios no serán financiados con los recursos de la UPC. |  |  |
| **Artículo 9. Licencias de maternidad para no cotizantes.** Las personas gestantes no cotizantes recibirán una prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto o cesárea con fruto de la concepción vivo. Dentro de los cinco (5) años posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, el MSPS, de manera progresiva alcanzará el número de semanas incluidas en esta prestación económica hasta alcanzar el estipulado para las licencias de maternidad  de la población cotizante.  El gobierno nacional, en un término no superior a un (1) año, posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, determinará la fuente de recursos para financiar esta prestación económica, teniendo en cuenta que, en todo caso, esta no será financiada con los recursos de la UPC. Los beneficios que actualmente se reconocen, no se modifican con la vigenciade la presente Ley, salvo en lo previsto en este artículo. |  |  |
| **CAPÍTULO III.**  **NIVELES DE COMPLEJIDAD.** | | |
| **Artículo 10. Centros de Primer Nivel de Atención en Salud**.Los Centros de Primer Nivel de Atención en Salud -CAPS-, constituyen una unidad polifuncional de baja complejidad de carácter público, privado o mixto, son la base territorial de las RIISS dentro del Modelo de Atención en Salud, y son la puerta de entrada de la población al Sistema de Salud. La financiación de todos los CAPS se hará con recursos provenientes de la ADRES, con sustento en el subsidio a la oferta, de acuerdo con presupuestos estándar para la operación corriente y un componente variable asociado a los resultados en salud y al logro de metas de desempeño, según las modalidades que establezca el MSPS.  Según las circunstancias de cada territorio algunos de estos CAPS podrán proveer servicios de mediana complejidad, así como ejercer algunas funciones administrativas propias de su competencia, además de gestiones intersectoriales, de participación social y de articulación y coordinación con la mediana y alta complejidad dentro de cada RIISS, en el marco de la estrategia de APS, de acuerdo con la reglamentación que expida el MSPS dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley.  **Parágrafo 1.** Los CAPS, que se constituyan en el marco del derecho fundamental a la consulta previa con los grupos étnicos, tendrán naturaleza pública y operarán según reglamentación expedida por el MSPS dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley. |  |  |
| **Artículo 11. Modificación del Artículo 15 de la Ley 1438 de 2011**. Modifíquese el Artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:  *“****Artículo 15.******Equipos Básicos de Salud****. Conforme a la reglamentación sobre las*  *disposiciones técnicas que para la operación de los Equipos Básicos de Salud establezca el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia la presente Ley, las entidades territoriales conformarán estos equipos con un enfoque funcional y organizativo, que progresivamente permitan facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.*  *Los Equipos Básicos de Salud forman parte del Modelo de Atención en Salud y dependen de los Centros de Primer Nivel de Atención -CAPS, y su operación se puede desarrollar mediante cualquier modalidad de prestación de servicios. Estos equipos están conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades de manera permanente, sistemática, continua y contigua, en territorios determinados y sus entornos de la vida cotidiana, en los diferentes momentos del curso de la vida, considerando la diversidad poblacional, las estrategias y los ejes del Modelo de Atención en Salud*  *preventivo, predictivo y resolutivo*.  *Cada Equipo Básico de Salud tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. Su número variará según las condiciones de dispersión geográfica, ruralidad y aspectos socio culturales, ambientales y demográficos, entre otros. La conformación y los perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y en las familias.*  *La conformación de los Equipos Básicos de Salud empezará prioritariamente en las zonas marginadas de que trata el Artículo 24 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015”.* |  |  |
| **Artículo 12**. **Funciones de los Equipos Básicos de Salud**. Son funciones extramurales de los Equipos Básicos de Salud, además de las establecidas en el Artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, las siguientes:  a) Realizar acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante la identificación del riesgo en salud, individual, familiar y comunitario.  b) Ejecutar acciones permanentes de caracterización, detección temprana y protección  específica.  c) Orientar y canalizar a las personas hacia el CAPS o hacia el nivel de atención que corresponda según sea el caso.  d) Proveer servicios de salud de carácter resolutivo en cualquiera de las modalidades contempladas en la norma de habilitación, con apoyo en todas las alternativas de telesalud, y en los diferentes tipos de intervenciones colectivas, así como en procesos de gestión en salud pública, y de acuerdo con las circunstancias particulares de modo, tiempo y lugar.  e) Inducir la demanda en los eventos relacionados con las prioridades en salud pública.  f) Promover y orientar la participación de la comunidad en las acciones de identificación de determinantes sociales, económicos, ambientales, y en la identificación temprana de riesgos que puedan afectar la salud pública.  g) Articular e integrar estas acciones con el Plan de Intervenciones Colectivas definido en el Plan Territorial de Salud.  h) Liderar con los autoridades locales, con los otros sectores económicos y la población, las acciones intersectoriales que promuevan la mejora de la calidad de vida.  Los registros de las actividades individuales de salud de los Equipos Básicos de Salud forman parte integral de la historia clínica de cada paciente y del Sistema Único de Información en Salud.  **Artículo 13**. **Instituciones de mediana y alta complejidad en salud**.Las instituciones de mediana y alta complejidad en salud constituyen unidades polifuncionales, de carácter público, privado o mixto que hacen parte de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS, en el marco del Modelo de Atención en Salud, e integran el sistema de referencia y contrarreferencia de dichas RIISS.  Según las circunstancias de cada territorio prestarán servicios de mediana o alta complejidad, y podrán desarrollar funciones administrativas, de gestión intersectorial y de participación social, y de articulación y coordinación con instituciones de otras RIISS, de acuerdo con la reglamentación que expida el MSPS, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley.  La financiación de estas instituciones, si son públicas, se hará según lo dispuesto para las Instituciones de Salud del Estado -ISE- en el Capítulo V de la presente Ley, bajo las tipologías que establezca el MSPS.  Las instituciones privadas de mediana y alta complejidad en salud se financiarán con recursos de demanda por venta de servicios a las Entidades Gestoras de Salud -EGS. |  |  |
| **CAPÍTULO IV.**  **REDES INTEGRALES E INTEGRADAS.** | | |
| **Artículo 14. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud**. De conformidad con lo dispuesto enel Artículo 13 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud estará organizado en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS, que son el conjunto conformado por instituciones organizadas en redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servidos de salud individuales y colectivos, eficientes, equitativos, integrales y continuos a una población en un territorio definido.  Las RIISS son integrales en la medida en que tienen la capacidad resolutiva frente a todas las necesidades de atención de la población puesta bajo su cuidado; cubren todos los niveles de complejidad y se organizan para garantizar el cuidado completo de las personas y las comunidades residentes en un territorio o región que podrá corresponder a una o varias divisiones político-administrativas, según lo defina el MSPS.  Las RIISS son integradas, en la medida en que constituyen una unidad funcional con autonomía administrativa y financiera, tienen capacidad para contratar mediante la organización de instituciones y de servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto y profesionales independientes.  Las IPS, públicas o privadas, de mediana y alta complejidad podrán pertenecer a una o varias RIISS. En todo caso, la organización de estas redes garantizará que el paciente pueda transitar al interior de ellas, sin ningún trámite adicional. |  |  |
| **Artículo 15. Gobernanza de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.**  Las IPS que integran la RIISS, con la participación de las entidades territoriales implantarán una forma de gobierno que permita la gestión armónica y complementaria de las IPS, públicas, privadas y mixtas, que asegure la coordinación entre el proceso de atención que se provea en el primer nivel y en el nivel complementario con los servicios de mediana y alta complejidad, y que garanticen la efectividad y continuidad en la atención por medio de  un sistema apropiado de referencia y contrarreferencia.  El MSPS, en un término no superior a seis (6) meses una vez entrada en vigencia la presente Ley, reglamentará el marco jurídico con el que se estructuran las RIISS, de manera que las IPS que hacen parte de la red no pierdan su naturaleza jurídica y no se vean afectadas por incremento de sus costos administrativos, ni la carga fiscal o parafiscal, y que se les permita realizar contratación por venta de servicios de salud para que, una vez presentada y validada la cuenta por la Entidad Gestora de Salud -EGS, reciban el pago por giro directo desde la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES. |  |  |
| **Artículo 16**. **Sistema de Referencia y Contrarreferencia**. 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 en el marco de la organización, gestión y operación de las RIISS. |  |  |
| **Artículo 17. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios**  **de Salud.** El MSPS dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS.  La habilitación de las RIISS deberá darse bajo el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud o del sistema que lo adicione o modifique. Los criterios determinantes de las RIISS tendrán como fundamento los siguientes parámetros:  1) Las EGS celebrarán con cada RIISS un acuerdo de voluntades que establezca los servicios que estas les deben proveer a la población afiliada, las condiciones de calidad específicas esperadas para cada servicio y la modalidad de pago aplicable, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, junto con los mecanismos para controlar y verificar el cumplimiento de las metas, reconocer incentivos y ejecutar procesos de auditorías para garantizar la razonabilidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la salud de la población.  2) Estos acuerdos de voluntades estarán sujetos a control por parte de las entidades territoriales departamentales y distritales, según corresponda, para vigilar que se ejecute adecuadamente el Modelo de Atención en Salud establecido en la presente Ley, sin perjuicio de las demás competencias de los organismos de control.  3) Cada RIISS deberá incluir todos los niveles de complejidad y podrán operar en una o varias entidades territoriales.  4) El MSPS elaborará el procedimiento para la habilitación de las RIISS cuando en su constitución concurran varias entidades territoriales, tomando en cuenta esquemas asociativos territoriales previstos en la Ley 1454 de 2011 o la norma que la sustituya, derogue o modifique.  5) Las habilitaciones individuales y la inspección vigilancia y control de cada IPS pública, privada o mixta, corresponden a cada dirección territorial de salud de acuerdo con las normas legales vigentes.  6) La Superintendencia Nacional de Salud hará la inspección, vigilancia y control de las RIISS.  7) La auditoría de las cuentas de prestación de servicios de salud corresponderá a las EGS.  8) Las RIISS dispondrán de sitios de prácticas formativas en salud, de acuerdo con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.  9) Las direcciones territoriales municipales, distritales y departamentales de salud, dentro  del término de tres (3) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, entregarán al MSPS la caracterización y la capacidad instalada de los servicios de todas las IPS habilitadas en el respectivo territorio. |  |  |
| **Artículo 18. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades**  **raras, catastróficas, o de alto costo.** El MSPS fomentará la organización de redes de instituciones y centros especializados para la detección, prevención y atención de enfermedades raras, catastróficas o de alto costo, con el objeto de hacer prevención de eventuales complicaciones, hacer tamizaje, optimizar el diagnóstico y favorecer la provisión de la mejor atención posible, sin que importe la ubicación geográfica de la institución o del paciente, así como diseñar e implantar programas de investigación tendientes a generar evidencia en el manejo adecuado de estas patologías.  Estas redes podrán ser de carácter nacional y tendrán como objetivo convertirse en centros de excelencia y de referencia. El MSPS y la ADRES, garantizarán la financiación de la prestación de los servicios de salud para la atención integral de los enfermos con patologías raras, catastróficas o de alto costo, así como la adquisición y la distribución de medicamentos y de tecnologías en salud indispensables para su adecuado tratamiento. |  |  |
| **Artículo 19.** **Sistema Único de Información en Salud**. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores participantes en el Sistema de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se implantará un Sistema de Información en Salud -SUIS, único y robusto, que integre los componentes sociales, demográficos, económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.  El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en un término no superior a los seis (6) meses una vez aprobada la presente Ley, determinará el monto de los recursos necesarios para el desarrollo completo y la implantación total del SUIS, recursos que deberán ser diferentes a los que se destinen a la UPC, así como el uso que se dará a tales dineros, y consignará todo lo concerniente en un plan que no podrá exceder los cinco (5) años, una vez aprobada la presente Ley. |  |  |
| **CAPÍTULO V**  **RED PÚBLICA NACIONAL DE SALUD.** | | |
| **Artículo 20. Fortalecimiento general y modernización de la red pública de servicios**. La red pública de servicios de salud será fortalecida y modernizada en todo el territorio nacional, estructurada como columna del Modelo de Atención en Salud, será financiada con subsidios a la oferta y a la demanda de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal, recaudados por la ADRES, de manera que se garantice la sostenibilidad fiscal para cubrir los costos de las acciones de promoción, prevención, y atención integral con énfasis en el primer nivel, necesarios para el cuidado de toda la población, con criterios de eficiencia y rentabilidad social.  **Parágrafo**. El MSPS elaborará en un término no mayor a un (1) año, una vez aprobada la presente Ley, un plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud proyectado a diez (10) años, en el que se precisarán las fuentes de financiación, que deberán ser distintas a las destinadas al aseguramiento en salud, así como el uso de los recursos y las metas anuales; este plan, deberá ser previamente aprobado por el Consejo Nacional de Salud -CNS. |  |  |
| **Artículo 21. Objeto, naturaleza y régimen jurídico de las Instituciones de Salud del**  **Estado**. Lasactuales Empresas Sociales del Estado -ESE, en delante de denominarán Instituciones de Salud del Estado -ISE, cuyo objeto será la prestación de servicios de salud 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 siguiente régimen jurídico:  1. En su denominación se incluirá la expresión “Instituciones de Salud del Estado – ISE”  2. Las ISE 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. Por tanto, para todos los efectos, en la transición no habrá solución de continuidad con las obligaciones, compromisos y funciones administrativas y financieras de las ESE.  3. Las ISE podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.  4. Las ISE, para efectos tributarios, se someterán al régimen previsto para los  establecimientos públicos.  5. Las ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.  El MSPS, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá las tipologías y la clasificación de las ISE y expedirá los lineamientos para que sus Juntas Directivas adopten el Estatuto de Contratación.  Las actuales Empresas Sociales del Estado -ESE de I nivel, serán Centros de Primer Nivel de Atención en Salud -CAPS de naturaleza pública y formarán parte de las RIISS correspondientes.  **Parágrafo 1**. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.  **Parágrafo** **2**. Aquellos establecimientos públicos creados por la ley, Asambleas Departamentales, Consejos Distritales o Municipales, que estén adscritos a Ministerios, Departamentos, Distritos o Municipios que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental seguirán funcionando como lo hacen en la actualidad. |  |  |
| **Artículo 22. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado**. Las ISE se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el MSPS. 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.  El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:  1. La tipología territorial y nivel de cada ISE.  2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.  3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.  4. El costo de la planta de personal aprobada y formalizada, la planificación de las metas anuales de incorporación de personal misional incluyendo los Equipos Básico de Salud para atender la población que cubre, los medicamentos, suministros y demás gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el Plan Territorial de Salud.  5. Los recursos girados a las ISE, dentro de los cuales se entienden incluidos los correspondientes a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a las mismas y demás gastos de personal no podrán ser destinados al pago por otros conceptos. Los directores de las ISE garantizarán y priorizarán estos pagos so pena de la responsabilidad disciplinaria prevista en la normatividad vigente.  6. Los lineamientos técnicos que expida el MSPS. En el caso de los Centros de Primer Nivel de Atención 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.  En ningún caso, la 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 MSPS.  Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir el proyecto de presupuesto al MSPS para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.  **Parágrafo 1**. Progresivamente en un tiempo máximo de cinco (5) años, con metas anuales establecidas, se incorporarán a las plantas de personal los trabajadores vinculados por contrato de prestación de servicios que desempeñan actividades misionales de carácter permanente, empezando por los más antiguos. Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral. El MSPS, en un término no mayor a seis (6) meses una vez aprobada la presente Ley, expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.  **Parágrafo 2**. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo  régimen presupuestal de las departamentales y distritales.  **Parágrafo 3**. Las direcciones territoriales, departamentales y distritales de salud y las secretarías de salud municipales a través de sus respectivos consejos de política fiscal – CONFIS, aprobarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las correspondientes fuentes de financiamiento. |  |  |
| **Artículo 23. Régimen laboral de las Instituciones de Salud del Estado.** 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 en los que la participación del Estado sea igual o superior al 90%, se regirán por la presente Ley. Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las 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 ISE, señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de los servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley y con las tipologías y niveles de las ISE que determine el gobierno.  2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las 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 Organización Internacional del Trabajo -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. La negociación colectiva del personal sanitario que realice actividades asistenciales dentro las ISE se regirá por el Código Sustantivo del Trabajo.  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. En ningún caso el salario del jefe de la administración a nivel territorial será considerado como un límite para fijar la remuneración de los trabajadores de la salud vinculados con las ISE.  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 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 vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.  **Parágrafo 1**. Los contratos de prestación de servicios a suscritos con las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.  **Parágrafo 2**. El régimen de los trabajadores oficiales continuará rigiéndose conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.  **Parágrafo 3**. Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que a la vigencia de la presente Ley lleven más de tres años continuos laborando en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad, serán vinculados en las ISE, en las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad. |  |  |
| **TÍTULO III.**  **ASEGURAMIENTO EN SALUD.** | | |
| **Artículo 24**. **Modificación del Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007**. Modifíquese el Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:  ***“Artículo******14.******Organización del******Aseguramiento****. Para efectos de esta Ley entiéndase por aseguramiento en salud la gestión del riesgo en salud, el riesgo administrativo u operativo y de la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador del servicio y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Las anteriores funciones y responsabilidades están a cargo de las Entidades Gestoras de Salud -EGS, e implica que estas entidades están en la obligación de garantizar a sus afiliados las prestaciones en salud establecidas en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. En cuanto a la gestión del riesgo financiero está a cargo de la Administradora de los Recursos*  *del Sistema de Salud -ADRES-“*  *.* |  |  |
| **Artículo 25. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud y demás**  **Entidades Obligadas a Compensar**. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y demás Entidades Obligadas a Compensar -EAPB que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, en adelante se denominarán Entidades Gestoras de Salud -EGS, y continuarán funcionando hasta por dos (2) años más, siempre y cuando cumplan las condiciones de permanencia que le son atribuibles al tenor de las normas legales vigentes, más aquellas que se disponen en la presente Ley.  Las EPS y EAPB que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante Entidades Gestoras de Salud -EGS) que cumplan con los requisitos de habilitación y decidan continuar operando, deberán observar progresivamente los siguientes parámetros:  1. Las EGS participarán en la organización de los CAPS, que serán financiados por la ADRES con recursos de subsidio a la oferta, conforme la organización de las RIISS, según lo dispuesto por el MSPS dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.  2. Durante los dos años previstos en ese Artículo, el MSPS determinará de acuerdo con las capacidades de las ADRES, la implementación del giro directo para todas estas entidades.  3. Las EGS se organizarán progresivamente por territorios o regiones, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados, de acuerdo con lo dispuesto por el MSPS dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.  4. Las EGS articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIISS, para que se organicen de acuerdo con los lineamientos expedidos por el MSPS dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.  5. Las EGS presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de ejecutar en un tiempo no superior a 36 meses, contados a partir de la vigencia de la presente Ley. Al finalizar dicho plazo garantizarán el respectivo paz y salvo de todas las deudas, dando prelación al pago del talento humano, con independencia de su forma de vinculación. El pago del talento humano será priorizado en una gestión coordinada entre las EGS y los prestadores que conforman las RIISS, de forma el que el saneamiento del pasivo garantice la satisfacción de las obligaciones pendientes con los trabajadores.  6. Las EGS, una vez cumplidos los dos (2) años establecidos en este Artículo, no podrán tener integración vertical en el nivel complementario de mediana y alta complejidad, así como con los centros especializados.  7. A las EGS que permanezcan los dos (2) años establecidos en este Artículo les será reconocido el valor anual per cápita sin situación de fondos para los servicios de mediana y alta complejidad, valor que será liquidado y pagado mensualmente de acuerdo con las disposiciones del MSPS y del Consejo Nacional de Salud. |  |  |
| **Artículo 26. Funciones adicionales para las Entidades Gestoras de Salud**. Las EGS que permanezcan operando en el Sistema de Salud continuarán a cargo de la gestión integral del riesgo en salud y del riesgo operativo en el territorio de salud asignado, cumplirán además las siguientes funciones:  1) Promover en su ámbito geográfico de influencia, la afiliación de los habitantes al Sistema de Salud garantizando siempre la libre escogencia del usuario, y registrar y carnetizar a los afiliados y remitir al MSPS, a la ADRES, a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales correspondientes la información que será incluida en el Sistema Único de Información en Salud.  2) Gestionar el riesgo en salud de sus afiliados, evitando la selección por riesgo.  3) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados.  4) Gestionar, coordinar y organizar la oferta de servicios de salud, a través de la contratación con Instituciones Prestadoras, con Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS y con profesionales de la salud independientes.  5) Gestionar, en forma costo efectiva y con base en la mejor evidencia científica disponible, los recursos de UPC que le son asignados sin situación de fondos.  6) Realizar la auditoría de resultados en salud, de calidad y de cuentas médicas de manera previa, concurrente y posterior.  7) Aprobar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos correspondientes, de acuerdo con el mecanismo que determine el MSPS.  8) Informar y educar a los afiliados para el uso razonable del Sistema de Salud.  9) Establecer procedimientos para garantizar que los servicios que provean las IPS a los afiliados sean oportunos, integrales, eficientes, y pertinentes, y para que, en general, estén signados por los atributos de la calidad de la atención en salud.  10) Coordinar con las direcciones departamentales y distritales de salud la conformación de las RIISS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el MSPS.  11) Gestionar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.  12) Ejecutar las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIISS.  13) Entregar informes semestrales del funcionamiento de las RIISS a los Consejos Territoriales de Salud.  14) Garantizar el acceso a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran con oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.  15) Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIISS y con el Sistema Único de Información en Salud.  16) Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el MSPS.  17) Operar en los territorios donde hayan obtenido la autorización, salvo en casos de movilidad de la población, respetando el principio de portabilidad. |  |  |
| **Artículo 27. Gastos administrativos de las** **Entidades Gestoras de Salud**. Mientras se realiza la investigación técnica independiente que sirva de soporte para el establecimiento de la nueva UPC, las EGS continuarán recibiendo el valor del costo administrativo vigente. Una vez finalizado el estudio correspondiente sobre el valor del gasto administrativo, el porcentaje de reconocimiento por concepto de gasto administrativo será el definido por el Consejo Nacional de Salud. |  |  |
| **TÍTULO IV**  **GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD.** | | |
| **Artículo 28. Financiamiento del Sistema de Salud**. El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos contemplados en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015 o la ley que la sustituya modifique o adicione, más los siguientes:  1. El gobierno nacional asignará al sector salud un porcentaje creciente anual, en términos reales, del Presupuesto General de la Nación. En ningún caso, este porcentaje será inferior al mayor valor entre el IPC causado y el del incremento del salario mínimo legal vigente.  2. Se destinará de manera específica al Sistema de Salud el recaudo de los impuestossaludables considerados en el Título V de la Ley 2277/2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.  3. El gobierno nacional, con el fin de garantizar cobertura universal, destinará al Sistema de Salud, en forma progresiva, recursos nuevos provenientes de otras fuentes.  **Parágrafo 1**. Se declaran exentos de IVA los medicamentos, insumos y tecnologías básicas de uso en el Sistema de Salud que para el efecto defina el MSPS.  **Parágrafo 2**. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá definir en un término no superior a seis (6) meses una vez aprobada la presente Ley, en un plan financiero a diez (10) años los recursos necesarios y las fuentes respectivas, para garantizar la viabilidad financiera del Sistema de Salud. |  |  |
| **Artículo 29. Unidad de Pago por Capitación.** De acuerdo con lo establecido en el Artículo 4º. de la presente Ley, el Consejo Nacional de Salud definirá el valor el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación -UPC.  Este valor se determinará con base en estudios técnicos independientes que establezcan una metodología de cálculo que considere los diferentes ajustes por riesgo, en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, el perfil epidemiológico de los territorios, la distribución de las patologías de alto costo, las condiciones socioeconómicas de la población y demás factores determinantes del costo del Plan de Beneficios en Salud -PBS.  **Parágrafo**. El MSPS, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, precisarán las diversas fuentes y tipos de recursos según su destinación:  a) Recursos destinados a la Atención Primaria en Salud que afectan positivamente los determinantes sociales relacionados en el Artículo 9 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, pero que no provienen del sector salud, ni están a cargo de la ADRES.  b) Recursos del Sistema de Salud que no son de la UPC, los subsidios a la oferta para salud pública, el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC, los CAPS y los Equipos Básicos de Salud, los destinados a infraestructura y dotación hospitalaria, incorporación de los trabajadores de la salud a las plantas de personal, el Sistema Único de Información en Salud y los demás que se consideren necesarios.  c) Los recursos de la UPC definidos en este artículo para cubrir el PBS. |  |  |
| **Artículo 30. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de**  **Seguridad Social en Salud**. Esta entidad, creada por el Artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley se denominará “Administradora de los Recursos del Sistema de Salud” -ADRES-, y tiene por objeto administrar, controlar y garantizar el flujo adecuado de los recursos del Sistema de Salud.  Para dicho propósito, además de lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015, ejercerá las siguientes funciones:  1. Asumir la gestión del riesgo financiero en el Sistema de Salud.  2. Realizar en nombre de las EGS el giro directo de los recursos de las UPC destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades de mediana y alta complejidad que presten dichos servicios, y a los proveedores de tecnologías incluidas en el PBS.  3. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las auditoríasy validacionesque realicen las EGS para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.  4. Girar cada mes el valor que corresponda por concepto de gasto administrativo a las EGS.  5. Realizar los giros de las asignaciones de subsidio a la oferta a los CAPS, incluidos los correspondientes a los Equipos Básicos de Salud de su dependencia.  6. Organizar la operación de la gestión de cuentas**,** pagos, ytransferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema de Salud,en los términos de la  presente Ley.  7. Adelantar auditorías aleatorias para verificar el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, según reglamentación que hará el MSPS dentro de los seis (6) meses posteriores a la aprobación de la presente Ley.  8. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales y de las EGS.  9. Disponer de un sistema integral de información financiera, oportuno, transparente y confiable para la consulta de las entidades del sector y la ciudadanía.  10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos.  11. Garantizar el flujo de los recursos de la Nación para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a las Instituciones Hospitalarias para el control, provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos.  12. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.  13. Constituir un fondo para la atención de catástrofes y epidemias, de acuerdo con lo que defina al respecto el MSPS dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley.  14. Adelantar las acciones de reembolso del pago de los servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por pólizas de seguros de salud internacionales.  15. Financiar el funcionamiento de la red de atención de urgencias en departamentos y distritos, incluido el transporte -medicalizado o no- , entre instituciones, municipios y departamentos, de tipo terrestre, fluvial, marítimo, aéreo o del que sea necesario para garantizar la prestación de servicios de salud a las poblaciones rurales y dispersas por parte de los Equipos Básicos de Salud, los CAPS y los laboratorios de salud pública.  16. Financiar el servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.  17. Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del MSPS, según lo dispuesto en la presente Ley.  18. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente Ley.  19. Pagar el valor correspondiente al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria pública y de su mantenimiento, previa aprobación por parte del MSPS, según lo dispuesto en la presente Ley.  20. Destinar los recursos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para la formación del talento humano en salud, según lo dispuesto en la presente Ley.  21. Realizar el pago de las licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes, según lo dispuesto en la presente Ley.  22. Rendir informe anual de su gestión al Consejo Nacional de Salud durante el mes de febrero de cada año, correspondiente a la vigencia del año anterior.  **Parágrafo 1.** Los recursos que administra la ADRES harán unidad de caja, excepto los destinados al fondo para la atención de catástrofes y epidemias, los que son propiedad de las entidades territoriales y los destinados por concepto de UPC para cada EGS.  **Parágrafo 2**. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente Ley el MSPS y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en conjunto con la ADRES, reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional e Inversiones necesario para garantizar que, en un plazo máximo de tres (3) años contados a partir de la aprobación de la presente Ley, la ADRES tenga la capacidad operativa y financiera para asumir las nuevas funciones que se le asignan con la presente Ley. MSPS definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES.  **Parágrafo 3** La ADRES deberá hacer audiencias de rendición de cuentas de su gestión y de los resultados que obtenga, ante el Consejo Nacional de Salud. |  |  |
| **Artículo 31. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo.** Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema, la ADRES constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el gobierno nacional en la materia. |  |  |
| **Artículo 32. Saneamiento de pasivos.** Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con los hospitales públicos deberán ser pagadas gradualmente en un término que no excederá los tres (3) años luego de entrar en vigencia la presente Ley, con apropiaciones del Presupuesto General de la Nación acordadas entre el MSPS, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación.  Las deudas que a la fecha tenga cualquiera de los actores del Sistema de Salud con el talento humano en salud se clasificarán como créditos de primer orden, independiente de su origen contractual. |  |  |
| **Artículo 33. Sistema de Tarifas y formas de pago.** La ADREShará efectivo el pago de los servicios de mediana y alta complejidadque provean las IPS, públicas, privadas o mixtas, que conformen la RIISS, una vez sean autorizados por la EGS, con base en el Sistema de Tarifas y formas de pago del Sistema de Salud y en los acuerdos de voluntades.  El MSPS, establecerá el Sistema de Tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud a través de un proceso de concertación amplio con representantes de las sociedades científicas de cada especialidad y profesión, de las IPS públicas y privadas, las EGS, con la participación de la ADRES. Este proceso deberá contar con los debidos estudios técnicos.  El Sistema de Tarifas y formas de pago: i) Establecerá tarifas diferenciales por regiones; ii) tendrá en cuenta la tipología y complejidad de las IPS, las características de los servicios y los costos para proveer la atención básica de cada nivel de complejidad; iii) incorporará el valor de las remuneraciones de los profesionales de la salud y el costo de los insumos, del uso de equipos, de los gastos de mantenimiento y de otros elementos o servicios necesarios para la práctica clínica, asociados a la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud; y iv) establecerá ponderadores o valores diferenciales para reconocer los distintos niveles que, en cuanto a acreditación y calidad de los servicios, desarrollo de la infraestructura, competencias del talento humano, actualización tecnológica, y provisión de servicios altamente sensibles para la sociedad como pediatría, obstetricia o salud mental, entre otros.  El Sistema de Tarifas modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados definidos para el país, regulará el uso de los recursos públicos y tendrá un piso para incentivar la calidad, así como incentivos para la prestación de los servicios en zonas rurales y dispersas.  El ajuste anual del Sistema de Tarifas lo hará el MSPS, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Salud, con base en las necesidades que surjan de los avances tecnológicos, la práctica clínica y sus costos, el incremento anual del salario mínimo legal vigente y de la UPC, la inflación proyectada, la tasa de cambio representativa del mercado del dólar y los demás factores determinantes que se consideren, de modo que las tarifas consulten los precios mercado, la razonabilidad del gasto y la sostenibilidad fiscal del Sistema de Salud.  **Parágrafo**. El MSPS promoverá que en los acuerdos de voluntades entre las EGS y las IPS o las RIISS, se prioricen modalidades diferentes al pago por evento, tales como el pago global prospectivo, la capitación, el pago por valor o por resultados, el pago por conjuntos integrales de atención o el pago por grupos relacionados de diagnóstico, cuando aplique, entre otros sistemas de reembolso. |  |  |
| **Artículo 34. Modificación del Artículo 47 de la Ley 715 de 2001.** Modifíquese el Artículo 47 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:  ***“Art. 47. Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones.*** *Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en*  *los siguientes componentes:*  ***1.*** *El 65% para el componente de aseguramiento en salud que se financia con cargo a los recursos de la UPC de conformidad con lo previsto en la presente Ley.*  ***2.*** *El 25% para el componente de salud pública y para la atención primaria de acuerdo a lo previsto en el numeral 42.1 de la Ley 1438 de 2011.*  ***3.*** *El 10% para el subsidio a la oferta.*  ***Parágrafo 1.*** *La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística; el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación; el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, conforme con la que generen en ejercicio de sus competencias y de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el gobierno nacional.*  ***Parágrafo 2.*** *Los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se utilizarán para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el Numeral 13 del Artículo 42 de la Ley 715 de 2001, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen”.* |  |  |
| **TÍTULO V**  **POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL.** | | |
| **Artículo 35**. **Características de la Política Farmacéutica Nacional**.El MSPS emitirá la Política Farmacéutica Nacional de manera que se cumpla con lo dispuesto en el Artículo 23 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.  Por regla general, los medicamentos son un bien meritorio de la salud pública. La Política Farmacéutica Nacional será:  a) Programática, con objetivos y metas definidas a corto, mediano y largo plazo.  b) Integral, con cobertura y abastecimiento de los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios de Salud y en el correspondiente Manual de Medicamentos.  c) Estratégica, con vocación de seguridad y soberanía tecnológica y farmacéutica.  d) Priorizada, hacia la defensa de la salud pública y del derecho fundamental a la salud.  e) Optimizada, en todos sus procesos de adquisición y uso pertinente.  f) Sostenible, con base en la detección y eliminación de falsas innovaciones tecnológicas, el freno a abusos de posición dominante y la erradicación de todas las formas de corrupción.  g) Informada y oportuna en relación con los desarrollos tecnológicos y la innovación en medicamentos.  h) Sistematizada e integrada al Sistema Único de Información en Salud -SUIS, para garantizar trasparencia con el acceso público a la información epidemiológica y de todas las transacciones económicas, mediante un método electrónico de última generación que identificará los medicamentos, su principio activo, la denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que se establezcan en el SUIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, la eficacia y los efectos secundarios de los medicamentos para facilitar la farmacovigilancia.  El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- adelantará políticas para mejorar la información y la educación sanitaria para la población, aumentar la transferencia de tecnología y contribuir al desarrollo de capacidades nacionales crecientes en con la finalidad de mejorar la seguridad y la soberanía farmacéutica. Así mismo, impulsará junto con el Instituto Nacional de Salud, medidas para promover alianzas y mecanismos de producción nacional de vacunas, de medicamentos e insumos básicos en salud.  El Gobierno Nacional avanzará en el control de precios de medicamentos con base en comparaciones internacionales; esta política se extenderá progresivamente a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares; y al control de precios a insumos y tecnologías en salud de alto costo. Se desarrollarán las negociaciones centralizadas en la compra de algunos medicamentos de interés en salud pública, según lo defina el MSPS.  El MSPS 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 estos elementos. |  |  |
| **Artículo 36. Servicios farmacéuticos.** Los servicios farmacéuticos de las IPS y demás  establecimientos que dispensan medicamentos o tecnologías en salud son servicios de salud y hacen parte del Sistema de Salud.  El Estado deberá tomar las medidas adecuadas y necesarias para garantizar que tales servicios estén disponibles en todo el territorio nacional, entre ellas:  1. Implementar controles, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, para  garantizar que las instituciones encargadas de prestar los servicios farmacéuticos entreguen la totalidad de los medicamentos prescritos a los usuarios.  2. Evaluar la gestión de dichos establecimientos de dispensación, mediante indicadores que permitan determinar la calidad y la continuidad en la prestación del servicio.  3. El MSPS definirá el listado de medicamentos que sólo podrán ser expendidos por los servicios farmacéuticos con fórmula médica, tales como antibióticos o fármacos que puedan generar adicción, entre otros.  4. Los servicios farmacéuticos y demás establecimientos que dispensan medicamentos o tecnologías en salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el MSPS, deberán inscribirse y demostrar ante las direcciones territoriales de salud, el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico, suficiencia patrimonial, y capacidad técnica y administrativa.  5. En caso de que un servicio o establecimiento farmacéutico incurra en negligencia en la prestación del servicio, previo el proceso de investigación correspondiente, estará sujeto a que se le impongan las sanciones dispuestas en las normas legales vigentes.  **Parágrafo 1.** Las EGS, así como los prestadores y las RIISS harán gestión y articulación con los servicios farmacéuticos para que se garantice progresivamente la eliminación de barreras de acceso a los medicamentos, incluyendo la dispensación a domicilio sin costo adicional cuando esta sea necesaria.  El MSPS reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad y/o movilidad reducida o en condiciones y situaciones que así lo requieran.  **Parágrafo 2.** Se garantizará la entrega de la totalidad de los medicamentos formulados a los pacientes, con el fin de evitar interrupciones terapéuticas y múltiples desplazamientos.  Cuando la entrega de medicamentos se efectúe por partes, serán el proveedor farmacéutico y el prestador del servicio quienes coordinarán el mecanismo para notificar y dispensar al usuario de los medicamentos con la misma autorización médica. En ningún caso la carga administrativa será asumida por el paciente. |  |  |
| **TÍTULO VI**  **RÉGIMEN LABORAL PARA EL SECTOR SALUD.** | | |
| **CAPÍTULO I**  **RÉGIMEN LABORAL ESPECIAL.** | | |
| **Artículo 37. Régimen Laboral Especial del Sector Salud**. En cumplimiento de los  artículos 25 y 53 de la Constitución Política y del Artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el Sistema de Salud, habrá condiciones laborales para el personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización integral  continua.  Para el efecto, se creará elrégimen laboral especial para el sector de la salud, que será concertado con representantes del sector.  Este régimen, entre otros aspectos, incluirá:  1) **Carrera Administrativa Especial del Sector Salud.** A la cual se incorporarán por una sola vez, automática y progresivamente los trabajadores misionales hoy vinculados por contrato de prestación de servicios. Se respetarán los derechos adquiridos de quienes actualmente se encuentran vinculados como servidores públicos bajo la normatividad vigente.  2) **Régimen salarial especial para el sector salud.** Habrá remuneración mínima vital y móvil, progresiva, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, con proporcionalidad al nivel de formación, a la antigüedad, y a las modalidades y períodos de pago, preservando el principio de igualdad: “A igual función, igual remuneración”.  3) **Pago Oportuno**. Toda relación laboral tendrá derecho a una remuneración oportuna. Se entiende que el pago es oportuno cuando se realiza máximo dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al cumplimiento del periodo laboral de treinta (30) días.  4) **Jornada ordinaria.** Los trabajadores sanitarios tendrán una jornada de máximo 42 horas semanales, así como el derecho al reconocimiento de horas extras, recargos nocturnos, por turnos, dominicales y festivos, habitualidad y permanencia de la labor, y descansos compensatorios como parte de la jornada laboral, según lo dispuesto en el Decreto Ley 1042 de 1978 y en el Decreto 400 de 2021, o en las normas que los sustituyan modifiquen o deroguen.  5) **Medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo.** Los trabajadores sanitarios  tendrán derecho a ser beneficiarios de una política de higiene, salud y seguridad en el  trabajo,conforme lo dispuesto en el Decreto Ley 1295 de 1994, en la Ley 1562 de 2012 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y demás normas concordantes.  *6)* **Trabajos ocasionales, teletrabajo o trabajo en casa.** Los trabajadores sanitarios podrán prestar sus servicios mediante la modalidad de trabajo remoto de conformidad con lo dispuesto en laLey 2121 de 2021 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.  7) **Prestaciones económicas**. Los trabajadores sanitarios tendrán derecho al reconocimiento de los gastos de representación, prima técnica a especialistas altamente calificados, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados. Así mismo tendrán derecho a estímulos no salariales para quienes laboren en zonas marginadas definidas en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, en materia de bienestar, vivienda, transporte, seguridad, educación y actualización continua, entre otros.  8) **Acoso y discriminación laboral.** En la implementación del régimen especial del talento humano en salud se tendrán en cuentalas disposiciones del Convenio 190 de la OIT sobre la violencia y el acoso en el trabajo.  9) **Relación Docencia – Servicio.** Se permite la simultaneidad de estas dos actividades.  Los programas de formación de recurso humano deberán corresponder a las  necesidades de salud de la población en los territorios.  10) **Servicio Social Obligatorio -SSO.** Tendrá vocación hacia las zonas apartadas y dispersas; las ISE o las IPS privadas deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del SSO, quienes podrán participar en los Equipos Básicos de Salud donde sean necesarios, especialmente en regiones apartadas con población dispersa, siempre y cuando se garanticen condiciones de seguridad para el talento humano en salud.  11) **Médicos residentes**. En el caso de rotaciones extramurales de médicas o médicos residentes definidas en el currículo universitario, las IPS, públicas o privadas, en coordinación con las Instituciones de Educación Superior -IES, deberán garantizar el traslado, alojamiento y comida durante la rotación, yse les reconocerá el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018, así como la supervisión docente correspondiente, mediante convenios suscritos entre la IPS y la IES, en el marco de la relación docencia-servicio. En el caso de vinculación de los médicas o médicos residentes en los Equipos Básicos de Salud, las ISE o las IPS privadas, deberán contratarlos a término fijo como trabajadores de la salud.  12) **Equivalencia de títulos**. Los títulos de especializaciones médico-quirúrgicas de tres (3) años o más de duración otorgados por las instituciones de educación superior de Colombia o el título de iguales características obtenido en el exterior avalados por resolución del Ministerio de Educación Nacional, tendrá para todos los efectos equivalencia al título de doctorado.  13) **Profesionales especialistas**. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta, las EGS, e IPS podrán contratar estos especialistas a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, garantizando condiciones dignas, justas y pago oportuno. Para este caso, se entiende por pago oportuno aquel que no supere los diez  (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o  documento equivalente y no se establecerá cláusula de exclusividad.  14) **Límite salarial**. En ningún nivel territorial, la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud.  15) **Prelación del pago**. El pago del talento humano en salud, independientemente de la forma de vinculación, tendrá prelación sobre los demás desembolsos y su remuneración será indexada anualmente con base en el IPC causado el año inmediatamente anterior.  16) **Subcuenta de Garantías**. Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud, además de los usos previstos en el Artículo 41 del Decreto 4107 de 2011 o las normas que la sustituyan o modifiquen, se podrán utilizar para mejorar la liquidez de los prestadores de los servicios de salud públicos, privados o mixtos, destinada al pago que por concepto de honorarios o salarios se adeuden al talento humano en salud.  Para el efecto, el MSPS dentro del año siguiente a la expedición de la presente Ley reglamentará las condiciones para garantizar el pago al talento humano en salud con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías.  Para los efectos del presente numeral las EGS o quien haga sus veces, y las IPS, destinarán el 1% de sus excedentes anuales para financiar la Subcuenta de Garantías.  **Parágrafo 1. Trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud.** Los trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud por norma general deberán estar vinculados mediante contrato de trabajo conforme con los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, las convenciones colectivas de trabajo vigentes y las demás  normas concordantes.  **Parágrafo 2.** El Ministerio del Trabajo presentará anualmente al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República y ante las comisiones séptimas de este órgano legislativo, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales para los trabajadores del Sistema de Salud dispuestas en los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015 y en la Política Nacional de Talento Humano en Salud. |  |  |
| **Artículo 38.** **Modificación del artículo 24 de la Ley 1164 de 2007**. El Artículo 24 de la Ley 1164 de 2007, modificado por el Decreto Ley 2106 de 2019, quedará, así:  ***Artículo 24. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud****. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud -ReTHUS-. El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS.*  *El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera:*  *a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior -SNIES- para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año.*  *b) De siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), a la fecha de la solicitud.*  *c) Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40 % del valor de la inscripción por primera vez”.* |  |  |
| **CAPÍTULO II**  **AUTONOMÍA PROFESIONAL.** | | |
| **Artículo 39. Autonomía de los profesionales de la salud**. En cumplimiento del Artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes puestos bajo su cuidado. En ejercicio de dicha autonomía, no se requerirán autorizaciones administrativas adicionales dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS, puesto que la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación de un servicio.  Las IPS, públicas, privadas o mixtas o las RIISS, constituirán Comités de Autorregulación Profesional -CARP, cuya función será velar por la aplicación de los criterios de autorregulación, pertinencia, racionalidad, evidencia científica y costo eficiencia de los actos de los profesionales de la salud, y la continuidad e integralidad del ciclo de atención de la condición médica. Estos Comités operarán con pleno respeto de la autonomía profesional y al derecho a la objeción de conciencia, fundamentados en la Lex Artis de cada profesión, orientados por los protocolos y guías de manejo, con la participación de pares académicos de las respectivas profesiones.  **Parágrafo 1**. El gobierno nacional y las entidades territoriales garantizarán los recursos necesarios para el funcionamiento de los tribunales profesionales ético-disciplinarios, y dispondrán de nuevos recursos para el efecto, según estudio técnico que realizarán el Tribunal Nacional de Ética Médica y el MSPS, dentro de los seis (6) meses siguientes a la aprobación de la presente Ley. |  |  |
| **Artículo 40. Discrepancia entre profesionales de la salud**. En caso de discrepancia clínica o académica entre profesionales, se dará aplicación a lo establecido en el Artículo 16 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, sobre el procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud, los cuales serán dirimidos por las Juntas Médicas Reguladoras -JMR, de las IPS o de las RIISS, las cuales contemplarán cuando menos los siguientes criterios:  1. Una vez se produzca la discrepancia en torno al diagnóstico o a la alternativa terapéutica, el profesional tratante o el que controvierte, remitirá el caso al CARP de la IPS, pública o privada, o de la correspondiente RIISS, según sea el caso. Dicho Comité citará y presidirá una JMR en la que concurrirán dos a más pares profesionales o especialistas en el área.  2. El profesional tratante deberá aportar los elementos científicos que justifiquen el diagnóstico o la alternativa terapéutica; igualmente, el profesional que controvierte podrá aportar el soporte técnico o científico que considere necesario.  3. En caso de que la JMR esté de acuerdo con lo ordenado por el profesional tratante, bastará con que imparta su aprobación y conste en el acta de la reunión.  4. En el evento de que la JMR esté en desacuerdo con lo dispuesto por el profesional tratante, señalará en el acta las razones específicas por las cuales considera que ello no es lo más aconsejable para el caso concreto, indicará la opción adecuada y le advertirá al profesional tratante los riesgos derivados del tratamiento prescrito.  5. La conducta que se tomará será preferencialmente la indicada en la JMR, previo informe al paciente o a sus familiares y una vez obtenido el consentimiento informado.  6. No obstante, si el profesional tratante, en desarrollo de su autonomía decide mantener el diagnóstico o la alternativa terapéutica, podrá desistir del manejo del paciente puesto bajo su cuidado a menos que el paciente desee continuar con el profesional tratante.  En todo caso, se respetará el derecho al consentimiento informado del paciente. |  |  |
| **TÍTULO VII**  **POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD.** | | |
| **Artículo 41. Política de Formación de Talento Humano en Salud.** En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud-THS, la formación en los diferentes niveles de educación, tendrá́ en cuenta los siguientes criterios:  1. Las prioridades de formación del THS se orientarán según las necesidades de la población para mejorar la calidad de vida, de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por el Sistema de Salud, con enfoque familiar, comunitario, territorial, diferencial y de género, y con sustento en la mejor evidencia científica existente.  2. Generar incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales y urbanas dispersas, con el propósito de incrementar la disponibilidad del THS.  3. Brindar estímulos para la formación en las profesiones y ocupaciones del área de la salud que se consideren priorizadas.  4. Establecer mecanismos para el ingreso a los posgrados de las áreas de la salud de  acuerdo con las necesidades del sector y de los diferentes territorios, en condiciones de transparencia y equidad.  5. Establecer criterios para la relación docencia servicio y cupos para los diferentes escenarios de práctica formativa.  6. Establecer condiciones de calidad para la oferta de nuevos programas de formación para los profesionales de la salud en las IES y la formulación de planes institucionales de formación continua que permitan el aumento de cupos en las instituciones existentes.  7. Desarrollar programas de formación y educación continua del THS, que comprenda los procesos y actividades permanentes de capacitación y fundamentación teórico-práctica, dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades y destrezas, técnicas y prácticas. |  |  |
| **Artículo 42. Examen Único Nacional Habilitante para admisión a las especialidades**  **médico–quirúrgicas y de salud pública.** Para acceder a los programas de especialización médico–quirúrgicas y de salud pública los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico-quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior -IES.  Las IES determinarán los criterios definitivos de admisión a estos programas que, en todo caso, deberán tener en cuenta los resultados del Examen Único Nacional Habilitante establecido en la presente Ley.  **Parágrafo**. Los ministerios de Educación Nacional, y de Salud y Protección Social en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en el presente Artículo. |  |  |
| **Artículo 43. Becas de matrícula para la formación de pregrado y posgrado de**  **profesionales de salud, en áreas médico-quirúrgicas y de salud pública.** Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de la salud de especialistas médico-quirúrgicos y de posgraduados en salud pública y disciplinas afines (epidemiología, administración en salud, auditoría de la calidad de la atención en salud, entre otras), el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las IES públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud.  En el caso de posgrado, el programa de becas aplicará entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud que el MSPS considere priorizadas.  **Parágrafo 1.** El MSPS establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por IES y los cupos por especialidades médico-quirúrgicas y la oferta de programas de pre y posgrado en salud pública y afines para el país.  **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 el gobierno nacional, las entidades territoriales del nivel departamental y municipal, las IPS y las IES, según reglamentación que expida el gobierno nacional.  **Parágrafo 4**. Los ministerios de Educación y de Salud y Protección Social en un término no mayor a los seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, realizarán una evaluación sobre las necesidades del país en materia de especializaciones y segundas especializaciones médico-quirúrgicas orientada hacia la formación y regulación de la formación de este THS. |  |  |
| **TÍTULO VIII**  **INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.** | | |
| **Artículo 44. Inspección, vigilancia y control en el Sistema de Salud.** El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, se realizará conforme a lo definido en la Ley 1122 de 2007; sin embargo, en desarrollo de la presente Ley el alcance de la función de inspección incluirá solicitar, confirmar y analizar en detalle las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud -CNS y los Consejos Territoriales de Salud, así como los reportes generados por el Sistema Único de Información en Salud - SUIS, las visitas, auditorias, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular, la práctica de investigaciones administrativas y la auditoría a los estados financieros de las entidades que reciban recursos de la salud.  La Superintendencia Nacional de Salud, además de las competencias y facultades ya  establecidas en las normas legales vigentes, cumplirá dentro del Sistema de Inspección,  Vigilancia y Control, las siguientes funciones:  1. Inspección, vigilancia y control a la ADRES.  2. Inspección, vigilancia y control a las Direcciones Territoriales de Salud y demás actores  del sistema, incluidos los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes  100 de 1993 y 647 de 2001, para que cumplan a cabalidad con las funciones señaladas  en las normas legales vigentes.  3. Realizar investigaciones administrativas a las entidades que incumplan con su  obligación de hacer el pago oportuno a los profesionales y trabajadores de la salud que  estén vinculados a las instituciones vigiladas.  4. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento  Administrativo y de lo Contencioso Administrativo -CPACA, los procedimientos  aplicables a los vigilados por la Superintendencia, cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, y respetar los derechos del debido proceso, a la legítima defensa, o contradicción y a la doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.  5. Ejercer inspección, vigilancia y control respecto del cumplimiento estricto de las garantías necesarias para el correcto desenvolvimiento de todos los profesionales de la salud en sus diferentes áreas, de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes.  6. Realizar investigaciones administrativas a las instituciones sanitarias que incumplan con el suministro insumos necesarios para el adecuado desarrollo de las actividades de salud, como los equipos de protección personal, cuando estos se requieran.  7. Ejercer la inspección, vigilancia y control de los recursos destinados a las EGS y vigilar el giro directo a los prestadores y proveedores.  8. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control hacia las direcciones territoriales para la gestión en salud. Para el efecto, podrá delegar funciones de inspección y vigilancia de las EGS a las entidades territoriales capacitadas para hacerlo según criterios que establezca el MSPS. En este caso, la Superintendencia Nacional, obraría como segunda instancia.  9. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias tome la decisión de intervenir una EGS para administrarla, no lo hará ella como organismo de control, sino que el MSPS, previo concepto favorable del CNS, designará una entidad que cumpla todos los requisitos financieros y administrativos como administradora mientras dure la intervención, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud.  10. Rendir informe anual al CNS en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas  correctivas. |  |  |
| **Artículo 45. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.**  Sin perjuicio de las funciones 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, la Superintendencia Nacional de Salud podrá́ actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados o entre estos y los usuarios de los servicios provistos en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo al servicio de salud.  Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y, en el acta que los contenga, deberán especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de las partes, para las cuales prestará mérito ejecutivo. |  |  |
| **TÍTULO IX**  **DISPOSICIONES FINALES.** | | |
| **Artículo 46. 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 que en ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a ninguna persona en Colombia.  La transición, de manera general, será de tres (3) años, salvo los términos específicamente definidos en el articulado de la presente Ley.  Durante este período, deberá procurarse la afiliación de la población a una EGS, con las reglas del Sistema de Salud, de forma que se garantice, en todo momento, la provisión del servicio público esencial de salud. |  |  |
| **Artículo 47. Regímenes exceptuados y especiales**. Los regímenes exceptuados y  especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley Estatutaria 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de las Fuerzas Militares y de 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 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 públicas continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992 modificada por la Ley 647 de 2001, por la Ley 1443 de 2011 y por las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. |  |  |
| **Artículo 48. Vigencia y derogaciones.** La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, especialmente los artículos 6, 8, 9, 26, 27, 28, 30 de la Ley 10 de 1990; el Artículo 205 de la Ley 100 de 1993; el Numeral 7 del Artículo 7, y los artículos 9, 15, 26, 27, 30 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 62, 63, 64, 105, 113 de la Ley 1438 de 2011; el Artículo 31 de la Ley 1607 de 2012; y el Parágrafo del Artículo 150 de la Ley 2294 de 2023. |  |  |

**ESTE FORMATO TIENE POR OBJETO RECIBIR OBSERVACIONES CON PROPUESTAS DE CAMBIO QUE SERÁN ANALIZADAS PARA INCORPORACION SI HAY LUGAR. UNA VEZ DILIGENCIADO FAVOR ENVIAR AL CORREO** [**acuerdosfundamentales@gmail.com**](mailto:acuerdosfundamentales@gmail.com) **antes del próximo 20 de julio. Para mayor información ingrese a la página** [**www.acuerdosfundamentales.com**](http://www.acuerdosfundamentales.com)