REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXIII - Nº 1821 Bogotá, D. C., martes, 29 de octubre de 2024 EDICIÓN DE 132 PÁGINAS

DIRECTORES: GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2024 CÁMARA

por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Bogotá D.C.; octubre 28 de 2024

Honorable Representante
GERARDO YEPES CARO
Presidente
Comisión Séptima Constitucional Permanente
Cámara de Representantes

Asunto: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Estimado presidente,

En cumplimiento de la honrosa designación realizada por la mesa directiva de esta célula legislativa, de la manera más atenta por medio del presente escrito y dentro del término establecido para el efecto, procedemos a rendir informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

Cordialmente,

MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal	**JORGE ALEXANDER QUEVEDO H.** Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador
CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U	**ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN** Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico
JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde	**KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR** Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16 Partido Verde
GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes	

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

Con el ánimo de rendir una ponencia comprensible a los Honorables miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes y buscando precisar los objetivos, el alcance y la necesidad del proyecto, procedemos a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

1. Antecedentes y trámite legislativo
2. Objeto
3. Exposición de motivos
4. Consideraciones de los ponentes
5. Informe de acumulación
6. Fundamentos jurídicos
7. Impacto fiscal
8. Conflictos de intereses
9. Pliego de modificaciones
10. Proposición
11. Texto propuesto para primer debate
12. Referencias bibliográficas

1. ANTECEDENTES Y TRÁMITE LEGISLATIVO

1.1. ANTECEDENTES DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

La presente iniciativa, fue radicada por primera vez en la Secretaría de la Cámara de Representantes el 13 de febrero de 2023 por el Gobierno nacional en cabeza de la Ministra de Salud y Protección Social, la Dra. Carolina Corcho Mejía, los Honorables Senadores Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epieyu, Aida Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury, y los Honorables Representantes Alfredo Mondragón Garzón, Juan Carlos Vargas Soler, David Ricardo Racero Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracutao García Ospina, Marta Alfonso Jurado y Juan Pablo Salazar Rivera.

El 21 de marzo del 2023 mediante Resolución No. 006 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se acumuló el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", con el Proyecto de Ley No. 340 de 2023 Cámara "*Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud",* de los autores: H.S. Honorio Miguel Henríquez Pinedo, H.S. José Vicente

Carreño Castro, H.S. María Fernanda Cabal Molina, H.S. Andrés Felipe Guerra Hoyos, H.S. Josué Alirio Barrera Rodríguez, H.S. Miguel Uribe Turbay, H.S. Carlos Meissel Vergara, H.S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés, H.S. Yenny Esperanza Rozo Zambrano, H.S. Paloma Susana Valencia Laserna, H.R. Andrés Eduardo Forero Molina, H.R. Juan Fernando Espinal Ramírez, H.R. Cristián Munír Garcés Aljure, H.R. Yulieth Andrea Sánchez Carreño, H.R. Carlos Edward Ososio Aguilar, H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, H.R. Eduard Alexis Triana Rincón, H.R. Jaime Uscátegui Pastrana, H.R. Yenica Sugein Acosta Infante, H.R. Juan Felipe Corzo Álvarez, H.R. Hernán Darío Cadavid Márquez; con el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*", de los autores: H.S. Carlos Abraham Jiménez López y H.R. Andrés Eduardo Forero Molina; y con el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud*", de los autores: H.R. Oscar Darío Pérez Pineda, Mauricio Parodi Díaz y el H. S. Ciro Alejandro Ramírez Cortés.

El 31 de marzo de 2023 fue radicado el Informe de ponencia aprobado en primer debate a los Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" y sus acumulados Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 – Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 – Cámara, por los ponentes H.R. Alfredo Mondragón, Martha Alfonso Jurado, Germán José Gómez, Juan Carlos Vargas, Gerardo Yepes Caro, Camilo Esteban Ávila, y publicado en la Gaceta 283 del 11 de abril de 2023. Esta ponencia fue enmendada parcialmente, cuya publicación consta en la Gaceta 338 del 2023.

En el marco de la discusión para presentar el Informe de ponencia aprobado en la Comisión Séptima, los ponentes concluyeron sobre diferencias estructurales entre las iniciativas legislativas acumuladas dado que, de acuerdo con la ponencia para primer debate, los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 – Cámara y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 – Cámara, "*no concuerdan con la necesidad y el interés de implementar cambios estructurales en el Sistema de Salud, principalmente con el establecimiento de regulaciones más precisas frente al manejo y usos de los recursos del sistema que favorezca la transparencia en la aplicación de recursos, por medio de la recuperación de la rectoría en cabeza del Estado",* a pesar de presentar algunas coincidencias, tales como la necesidad de fortalecer la Atención Primaria en Salud, los hospitales públicos, la dignificación de las y los trabajadores del sector de la salud y el mejoramiento del flujo de recursos a través del uso del mecanismo del giro directo desde la ADRES hacia la totalidad de entidades.

Durante el trámite surtido por el Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" y sus proyectos acumulados, se adelantó un ejercicio ampliamente participativo que incluyó, entre los meses de septiembre y diciembre de 2022 y enero y abril de 2023, la realización de 38 audiencias públicas en 21 ciudades y municipios: Bogotá, Cali, Fonseca, Caucasia, Aracataca, Inírida, Fómeque, Caldas, Pasto, Villavicencio, Quibdó, Medellín, Barranquilla, Yopal, Ibagué, Palmira, Cúcuta, San Andrés, San José del Guaviare, Arauca, Bucaramanga, que recogieron necesidades, solicitudes y propuestas de la comunidad en cuanto a la atención integral en salud e inquietudes de los trabajadores del sector sanitario, del gremio médico e industrial, incluidas en el informe de ponencia para primer debate, así como en el desarrollo de las discusiones de la Comisión Séptima de Cámara, la cual aprobó la proposición con la que termina el informe de la ponencia positiva mayoritaria junto con su enmienda (Gacetas 283 y 338 de 2023) el 25 de abril de 2023.

El día martes 30 de mayo de 2023 fue publicada en la Gaceta 565 el Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley No. 339 de 2023 cámara y sus proyectos acumulados, y en el marco de este debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes se conformó una Comisión Accidental creada mediante Resolución 0741 del 19 de septiembre de 2023, conformada por 23 Honorables Representantes a la Cámara del Partido Liberal, Partido Conservador, Cambio Radical, Partido Verde, Partido Mira, Partido de la U, Coalición Pacto Histórico, Centro Democrático, Partido Comunes, Partido Dignidad y Compromiso, Partido Nuevo Liberalismo, Liga de Gobernantes Anticorrupción, Partido Demócrata Colombiano, Gente en Movimiento, de la bancada CITREP.

Durante el desarrollo de la Comisión Accidental se realizaron cinco mesas de diálogo temáticas (25 al 27 de septiembre de 2023) que contaron con la participación de la ciudadanía, los gremios, la academia, y demás actores: 1) Gestoras y ADRES, 2: Disposiciones generales y transitorias, 3) Políticas y régimen laboral, 4) Sistema de información, participación social e inspección, vigilancia y control, y 5) Modelo de salud, organización del sistema e Instituciones de Salud del Estado. Asimismo, las y los H.H. R.R de la Comisión Accidental deliberaron durante siete sesiones (27 de septiembre al 3 de octubre del 2023) en las que concertaron la inclusión de buena parte de las propuestas planteadas en el marco de las mesas de diálogo temáticas entre actores, así como sobre numerosas proposiciones radicadas por las y los Honorables Representantes de la Cámara de Representantes, para finalmente presentar un informe de acuerdos sugeridos de modificación a la Plenaria de la Cámara de Representantes el 3 de octubre de 2023.

El Proyecto de Ley No. 339 de 2023 cámara y sus proyectos acumulados, culmina su aprobación en diciembre de 2023, terminando el trámite en la Cámara de Representantes. Durante el segundo debate en Plenaria de Cámara se acogieron 219 proposiciones radicadas por las y los H.H.R.R. El texto definitivo aprobado en plenaria de la Cámara de Representantes fue publicado en la Gaceta 1785 del 14 de diciembre de 2023.

En el trámite en Comisión Séptima de Senado de la República, mediante la Resolución 001 del 19 de enero de 2024 y Resolución 002 del 21 de febrero de 2024, se designaron como ponentes y coordinadores ponentes a las y los Honorables Senadores Wilson Arias Castillo coordinador ponente, Berenice Bedoya Pérez coordinadora ponente, Fabián Díaz Plata coordinador ponente, Nadia Blel Scaf ponente, Martha Peralta Epieyu ponente, Omar de Jesús Restrepo Correa ponente, Alirio Barrera Rodríguez ponente, Norma Hurtado Sánchez ponente, Miguel Ángel Pinto Hernández ponente, Ana Paola Agudelo García ponente, Lorena Ríos Cuéllar ponente, Ferney Silva Idrobo ponente (en reemplazo de la Honorable Senadora Piedad Córdoba, fallecida el 20 de enero de 2024).

Entre el 22 de enero y el 1 de marzo de 2024, se adelantaron 11 Audiencias Públicas, en el marco de la Proposición N° 21 aprobada en esa Comisión, en las ciudades de Bucaramanga, Santa Marta, Riohacha, Villavicencio, San Andrés, Pasto, Cali, Cartagena, Barranquilla, Medellín, y Cali, en las que se contó con la participación gremios, prestadores de servicios de salud, profesionales, academia, pacientes, autoridades territoriales y ciudadanía en general; se recogieron inquietudes y sugerencias frente a la carga administrativa que impone el sistema al ciudadano especialmente a quien padece alguna condición crónica o discapacitante, a la precariedad laboral del talento humano en salud y la urgencia de ofrecer condiciones dignas y justas a los trabajadores del sector, sobre las funciones asignadas a las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud, sobre la realización de auditorías y sostenibilidad financiera del nuevo sistema; a partir de las cuales se realizaron revisiones y ajustes en el articulado.

Igualmente, durante su paso por la Comisión Séptima de Senado se realizaron otras siete (7) mesas técnicas temáticas acordadas entre las y los Honorables Senadores de la comisión: 1) Aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos, 2) Condiciones laborales del talento humano en salud, 3) Experiencias de los pacientes en el sistema de salud, 4) Fortalecimiento de la gobernanza del sistema y uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud, 5) Experiencias y perspectivas: atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud, 6) Aspectos financieros del sistema de salud –flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud-, 7) Aspectos financieros del sistema de salud - endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema.

Las mesas contaron con la participación de entidades del Gobierno Nacional, Senadores ponentes con sus respectivos equipos, entidades territoriales, organizaciones de talento humano y profesionales de la salud, academia y centros de pensamiento, agremiaciones, instituciones prestadoras de servicios de salud, asociaciones de pacientes y usuarios y expertos independientes, y se recogieron inquietudes frente a la continuidad en la prestación de servicios y ruta de entrega de medicamentos, específicamente para pacientes con condiciones crónicas o discapacitantes, fortalecimiento de la capacidad técnica de la ADRES para la administración del riesgo financiero, dignificación de las y los trabajadores de la salud, fuentes de financiación e incentivos educativos para reducir el déficit de profesionales de la salud, fortalecimiento de los entes territoriales para cumplir con los roles correspondientes en el sistema de salud, garantía del derecho a la libre escogencia e integración, funcionamiento y financiación del sistema público unificado e interoperable de información.

La ponencia positiva mayoritaria para tercer debate es radicada el 4 de marzo de 2024 por las y los Honorables Senadores ponentes Wilson Arias Castillo, Martha Peralta Epieyu, Omar de Jesús Restrepo Correa y Ferney Silva Idrobo, y publicada en la Gaceta 225 del 11 de marzo de 2024. La ponencia de archivo fue radicada el 12 de marzo de 2024, por las y los Honorables Senadores ponentes Berenice Bedoya Pérez, Nadia Blel Scaf, Alirio Barrera Rodríguez, Norma Hurtado Sánchez, Miguel Ángel Pinto Hernández, Lorena Ríos Cuéllar, y publicada en la Gaceta 239 del 13 de marzo de 2024.

Finalmente, el 3 de abril de 2024, la ponencia de archivo es votada con una mayoría favorable en la Comisión Séptima del Senado, culminando así el trámite legislativo del Proyecto de Ley 339 de 2023 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*" y sus acumulados Proyectos de Ley No. 340 de 2023 - Cámara, el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 – Cámara, y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023, en el Congresos de la República.

3.2 TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY NO. 312 DE 2024 CÁMARA, ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 135 DE 2024 CÁMARA

El 1 de agosto de 2024 fue radicado el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones", como autores de la iniciativa por las y los Honorables Representantes a la Cámara Julia Miranda Londoño, Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, Catherine Juvinao Clavijo, Carolina Giraldo Botero, Daniel Carvalho Mejía, Cristian Danilo Avendaño Fino, Alejandro García Ríos, Juan Sebastián Gómez Gonzáles, Luvi Katherine Miranda Peña, publicado en la Gaceta 1455 del 17 de septiembre de 2024, y radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 7 de octubre de 2024.

Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", fue radicado el día 13 de septiembre de 2024 por el Gobierno Nacional en cabeza y autoría del Ministro de Salud y Protección Social, el señor Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez. El proyecto fue publicado en la Gaceta 1456 del 17 de septiembre de 2024, junto a las Cartas de comentarios del MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA, HONORABLE REPRESENTANTE MARTHA JUANITA VILLAVECES NIÑO, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones, emitido el 11 de septiembre de 2024 y la Carta de comentarios de PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA al PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024, CÁMARA HONORABLE SENADORA PAULA ROBLEDO SILVA, concepto sobre proyecto de ley de reforma al sistema de salud, emitido el 12 de septiembre de 2024. El mencionado proyecto fue radicado en la Comisión Séptima de Cámara el 20 de septiembre de 2024.

El 25 de septiembre de 2024 fueron designados como ponentes del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", los Honorables Representantes MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE- Coordinador Ponente, ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN- Coordinador Ponente, CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES- Coordinador Ponente, JORGE ALEXANDER QUEVEDO HERRERA- Coordinador Ponente, ANDRÉS EDUARDO FORERO MOLINA- Ponente, JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA- Ponente, JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA- Ponente, KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR - Ponente, GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ- Ponente.

El 15 de octubre del 2024, mediante Resolución No. 004 expedida por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes se acumuló el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones", al Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

3.3 MESAS TÉCNICAS, MESAS DE TRABAJO Y AUDIENCIA PÚBLICA

Como parte del proceso de discusión y deliberación durante el trámite, los honorables representantes a la Cámara ponentes y coordinadores ponentes del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 – Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2023 - Cámara *"por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"* se desarrolló la mesa técnica por la transformación por el sistema a la salud, la cual tuvo dos fases. La primera, para escuchar las propuestas de los actores, sectores e instituciones del sector salud orientadas a enriquecer la propuesta de transformación del sistema de salud. La segunda fase consistió en espacios de deliberación de los ponentes y coordinadores ponentes, en donde se revisaron y analizaron las propuestas recogidas durante la primera fase de las mesas técnicas, los Proyectos de Ley No. 312 y 135 y los documentos allegados por diversos actores a través de correo electrónico.

Los mecanismos de escucha y recepción de propuestas de los actores, organizaciones e instituciones para enriquecer la propuesta fueron:

1. **Mesa técnica por la transformación del sistema de salud**. La cual sesionó los días 1, 2, 3, 8 y 9 de octubre.

Durante las sesiones se revisó la totalidad del proyecto de ley radicado y se permitió la participación de todas y todos los asistentes; se solicitó hacer intervenciones destacando: a) los elementos con los que se está de acuerdo, b) los elementos que se considera deben ser revisados, y c) la propuesta de modificación del articulado ya sea sobre un artículo puntual o a través de la incorporación de un artículo nuevo. De cada sesión se realizó la relatoría correspondiente, que se integra a la presente ponencia más adelante en el presente acápite.

2. **Audiencia Pública**: Proyecto de ley 312 – 2021 Cámara, acumulado con Proyecto de Ley 135 – 2024 Cámara. Realizada el 16 de octubre de 2024 en las instalaciones del Congreso de la República.

Previa inscripción de los ciudadanos interesados se permitió la participación, presencial o virtual, de los asistentes. La audiencia fue transmitida (https://www.youtube.com/watch?v=BVBHGD87RHw). Se realizó la relatoría correspondiente, que se integra a la presente ponencia más adelante en el presente acápite.

3. **Correo electrónico**. Se dispuso el siguiente correo electrónico para recibir propuestas de la ciudadanía: ponentesreformasalud@gmail.com. Se recibieron propuestas hasta el 15 de octubre de 2024.

Las sesiones de la segunda fase de la mesa, que consistió en jornadas de deliberación de las y los ponentes, se desarrollaron los días 16, 17, 18, 21, 22 y 23 de octubre.

Instituciones u organizaciones invitadas a la mesa técnica

	Asistencia a las sesiones				
	1 octubre	2 octubre	3 octubre	8 octubre	9 octubre
Academia Nacional de Medicina	X	X	X	X	
Alianza de Asociaciones y Gremios - Aliadas	X	X	X	X	X
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI	X	X	X	X	X
Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y hospitales públicos – ACESI	X	X	X	X	X
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC	X	X	X	X	X
Asociación Colombiana de Salud Pública	X	X	X	X	X
Asociación Colombiana de Sociedades Científicas - ACSC	X	X	X	X	X
Asociación Colombiana Médica Estudiantil - Acome	X	X	X		
Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento y/o Gestión de la Salud – Gestarsalud	X	X	X	X	X
Asociación de Industrias Farmacéuticas en Colombia – ASINFAR	X		X	X	X
Asociación de Usuarios	X	X	X	X	X
Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar – Asocajas	X	X	X	X	X
Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	X	X	X	X	X
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC				X	X
Centros Expertos en Programas Especiales - Cexpes	X	X	X	X	X
Corporación Colombiana de Secretarios de Salud Municipales – COSESAM					
Defensa del Paciente	X	X	X	X	X
Federación Médica Colombiana	X	X	X	X	X
Federación Nacional de Departamentos	X	X	X	X	X
Grupo multidisciplinario de exministros	X	X	X	X	X
Salud Total EPS	X	X	X	X	X
Sindicato Nacional de Salud y Seguridad - SINDESS	X	X	X	X	X
Unión de IPS – UNIPS	X			X	

Participación por temática e institución / organización en las sesiones de la mesa técnica

	TITULO. I	TITULO. II	TITULO. III	TITULO IV			TITULO. V	TITULO. VI	TITULO. VII	TITULO. VIII	NUEVO	TOTAL /11
				CAP I	CAP II	CAP III						
Academia Nacional de Medicina		X	X	X	X							4
Alianza de Asociaciones y Gremios – Aliadas	X	X		X	X					X		5
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI	X	X	X	X	X			X	X	X	X	9
Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y hospitales públicos - ACESI	X	X	X	X	X	X		X	X	X		9
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC		X	X	X	X	X	X			X	X	8
Asociación Colombiana de Salud Pública	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	10
Asociación Colombiana de Sociedades Científicas – ACSC	X	X	X	X	X	X					X	7
Asociación Colombiana Médica Estudiantil - Acome	X		X									2
Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento y/o Gestión de la Salud - Gestarsalud	X	X	X	X	X						X	7
Asociación de Industrias Farmacéuticas en Colombia – ASINFAR						X						1
Asociación de Usuarios	X	X	X	X	X		X	X	X	X		9
Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar – Asocajas					X		X			X	X	4
Asociación Nacional de Empresarios de Colombia – ANDI	X	X	X	X						X	X	5
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC				X	X		X			X		4
Centros Expertos en Programas Especiales – Cexpes				X		X		X	X	X		5
Corporación Colombiana de Secretarios de Salud Municipales - COSESAM												0
Defensa del Paciente	X	X	X	X	X			X	X	X		8
Federación Médica Colombiana	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
Federación Nacional de Departamentos	X	X	X	X		X		X	X	X	X	8
Grupo multidisciplinario de exministros				X	X	X				X		4
Salud Total EPS			X		X	X				X		4

Sindicato Nacional de Salud y Seguridad – SINDESS		X		X	X	X						4
Unión de IPS – UNIPS						X		X	X	X		4
TOTAL/23	**13**	**14**	**16**	**15**	**19**	**4**	**8**	**9**	**9**	**17**	**8**	

MESA TÉCNICA DÍA # 1

En Bogotá, D.C., el día 2 del mes de octubre de 2024, siendo las 8 am, se reunieron de manera presencial en el club de banqueros de la sede centro, distintas organizaciones, asociaciones, agremiaciones y demás representantes de actores relevantes del sistema de salud, para dar continuidad a los ejercicios de participación social y concertación del PL 312 de 2024.

Metodología:

Se acuerda realizar la lectura del proyecto de ley de acuerdo con el orden en que se encuentra escrita la iniciativa para realizar la discusión por artículo o grupos pequeños de artículos.

Se sugiere a los invitados a la mesa técnica que la intervención debe girar en torno al artículo o grupo de artículos leídos haciendo énfasis en aspectos a favor, en contra o por mejorar, con el ánimo de enriquecer la propuesta radicada por el Gobierno Nacional.

Adicionalmente, se solicita adjuntar los documentos de síntesis, investigaciones, soportes y propuestas de redacción al correo ponentesreformasalud@gmail.com

Representantes a la cámara y asesores presentes

- María Eugenia Lopera Monsalve
- Alfredo Mondragón Garzón
- Jorge Alexander Quevedo Herrera
- Camilo Esteban Ávila Morales
- Martha Lisbeth Alfonso Jurado
- Gerardo Yepes Caro
- Julia Miranda
- Katherine Juvinao

Entidades de gobierno presentes

- Luis Alberto Martínez, Viceministro de Protección Social - Ministerio de Salud y Protección Social
- Félix Martínez, Director general de la ADRES
- Amanda Coral subdirectora de Salud y Riesgos Profesionales de la Dirección General de la Regulación Económica de la Seguridad Social- Ministerio de Hacienda
- Asesores ministerio de interior
- Asesores ministerio de salud

SECCIÓN A ABORDAR: TÍTULO 1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Objeto
Artículo 2. Aseguramiento social en salud.
Artículo 3. Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (APS).

	Organización	Síntesis y propuestas
1	Eduardo Guerrero *Asociación Colombiana de Salud Pública*	Avance hacia sistema de aseguramiento social como garantía de la protección financiera para los ciudadanos en sus territorios, énfasis del modelo de atención en lo preventivo y resolutivo, especialmente en el primer nivel de atención con integral y capacidades de gestión. Ajusta al país a las premisas de organismos internacionales y articula la gestión del riesgo individual y colectivo, que debe ser indivisible y contar con sus mecanismos de integración. Se destaca la reorganización de los servicios a partir de los determinantes sociales y la participación social y sectorial. Como asociación, sus objetivos se ven reflejados en el modelo de salud propuesto por el Gobierno ya que permite recuperar las capacidades del sistema en todos los niveles y reducir las brechas en salud.
2	Ana Maria Vesga *ACEMI*	La interviniente señala la importancia de este título toda vez que es allí donde se están brindando las definiciones del sistema de salud en Colombia, el modelo que se va a seguir y la organización del mismo, consagrándose como un modelo de aseguramiento social en salud. Bajo el propósito del aseguramiento social en salud, necesidad de expresa claridad en que la gestión del riesgo sanitario quede a cargo de las Gestoras y la la gestión del riesgo financiero a cargo del Estado. Se sugiere incluir en artículo 2. párrafo 3, equipos de salud territoriales únicamente cuando sean necesarios puesto que se considera que esta figura no es necesaria para toda la población.
3	Olga Lucia Rodriguez *ACESI*	Como gremio se encuentran de acuerdo con el cambio que requiere el sistema de salud, basados en el hecho de que la salud es un derecho fundamental que no debe depender de la estabilidad financiera de las EPS para ser garantizado. Coinciden como gremio con el título, en especial con el paso de aseguramiento comercial al aseguramiento social como garantía del derecho fundamental. El modelo preventivo permitirá hablar de resultados en salud y dejar atrás el hablar de enfermedad.
4	Francisco Castellanos *Organización para la defensa del paciente*	De acuerdo con el título, se sugiere modificar el orden sintáctico de la caracterización del modelo de atención "se predice para prevenir".
5	Anuar Rodriguez *ANDI*	El PL deja intacto el texto archivado en la Comisión 7ma del Senado, por eso se considera inconveniente para el sistema de salud del país. La sustitución del modelo en su estructura institucional, procesos y financiación pone en riesgo el derecho a la salud. Se está cambiando la forma en que opera el financiamiento y su relación con las atenciones efectivas en salud, se pierde la integralidad de la atención con la fragmentación de la APS con la atención en la mediana y alta complejidad dejando desprotegido el nivel complementario de atención. El PL no atiende los problemas estructurales y coyunturales, poniendo en riesgo la integralidad de la atención, el bolsillo de los colombianos y la sostenibilidad financiera. Así mismo, manifiesta que al entrar artículo por artículo implícitamente se está avalando lo propuesto por el Gobierno, lo que limita el debate.
6	Ana Maria Soleibe *Federación Médica Colombiana*	La Federación Médica Colombiana hace un llamado a que todos, como colombianos, reconozcamos que con esta reforma se le está devolviendo al Estado la rectoría y gobernanza sobre el sistema de salud, capacidades que le fueron arrebatadas durante años a través de reformas y normas creadas para favorecer el lucro individual de los agentes privados del sistema. Hace un llamado a la urgente necesidad que tiene el país de garantizar efectivamente la universalización del aseguramiento, objetivo que se persigue adecuadamente a través de este proyecto de ley. Sobre el aseguramiento financiero, señala que actualmente lo que está desfinanciado el sistema de salud es la desviación de los recursos, la no provisión de reservas técnicas y, en general, la deficiente gestión de los supuestos aseguradores financieros (EPS). De hecho, la interviniente señala que existen numerosos estudios donde se demuestra que la libertad económica de este tipo de agentes va en contravía del derecho fundamental a la salud. El PL fue hundido en la Comisión Séptima del Senado sin el debate que esperaba la sociedad y los actores del sistema.
7	Alvaro Molina *Mesa de asociaciones de usuarios*	Hace un llamado a la lealtad del debate y resalta que los usuarios esperan que se resuelvan los problemas que atraviesan en la actualidad, aunque reconocen que hay aspectos por mejorar. Necesidad de aproximar el texto y el debate a la ciudadanía y a sus problemas actuales. El aseguramiento individual es una garantía de atención, con un responsable de la gestión del riesgo en salud, que debe mantenerse. Las propuestas de APS, fortalecimiento de red pública, dignificación laboral, giro directo y la transparencia del sistema no riñen con el aseguramiento individual. Mencionan que la mesa ha construido un texto no como articulado pero sí como insumo con sus principales puntos.
8	Santiago Marroquin *ALIADAS*	Necesidad de atenuar la situación actual del sistema, de modo que ajustes deben adecuarse a esta nueva realidad. Preocupan las rutas de obtención del derecho a la salud. Finalmente, desde Aliadas se considera que este articulado tiene los mismos elementos de la reforma discutida y archivada durante la legislatura pasada.
9	Pedro Velandia *Asociación Colombiana de Sociedades Científicas*	No es claro el objeto de las gestoras de salud y vida, el aseguramiento individual debe seguir siendo la base del sistema. Gestión del riesgo financiero a cargo de la ADRES y la gestión sanitaria y operativo en Gestoras. El PL pone en riesgo financiero la mediana y alta complejidad.
10	Juan Camilo Soler *ACOME*	¿Cuál será la vinculación de los médicos rurales en los CAPS? Esto podría significar una opción para su laboralización. Inexistencia fáctica de un asegurador financiero individual en las EPS, esto ha sido históricamente asumido por el Estado colombiano.
11	Mery Bolivar *Fededepartamentos*	Protección individual y familiar derivado del mandato constitucional que podría ser sustituido por el nuevo modelo de salud. En PL el aseguramiento social está disperso en distintos actores del sistema de salud, no es claro quién va a representar el paciente en el futuro y requiere garantías frente a la protección financiera y en salud de los pacientes. Así mismo, señala que en el articulado no se menciona explícitamente la seguridad social..
12	Maria Doris Gonzales *Sindicato Nacional de la Seguridad Social*	Necesidad de un cambio en el sistema de salud, cuestionando la forma en que hemos entendido la salud en el país, si como un negocio que sirve a los privados o como una garantía social. Al respecto, señala que el sistema ha sido incapaz de funcionar adecuadamente, toda vez que ha proliferado la corrupción y profundiza la precarización de los trabajadores. Preocupación por la situación laboral y el desmantelamiento de la red pública en el régimen actual. El PL responde a un mensaje solicitado por la sociedad movilizada por décadas, los recursos públicos no deben seguir siendo manejados por el sector privado.

SECCIÓN A ABORDAR: TÍTULO II: GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA

Artículo 4. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud
Artículo 5. Consejo Nacional de Salud.
Artículo 6. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud
Artículo 7. Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

	Organización	Síntesis y propuestas
13	Ana Maria Vesga *ACEMI*	Proponen que las gestoras de salud hagan parte del Consejo Nacional de Salud. Se preguntan por la inclusión del artículo 7 en el capítulo de gobernanza y rectoría. No se explican los beneficios sectoriales respecto a multas e intereses de mora con el INVIMA ante la situación financiera actual.
14	Eduardo Wilches *Salud Total EPS*	Invitan a que gestoras hagan parte del Consejo Nacional de Salud.
15	Galo Viana *Gestarsalud y Mutual Ser EPS*	Invitan a que gestoras hagan parte del Consejo Nacional de Salud, en el caso de los Consejos Territoriales ampliar la participación de comunidades y organizaciones locales.
16	Alvaro Molina *Asociación de Usuarios en Salud*	Implementar una rendición de cuentas intersectorial del sistema de salud cada dos años, incluyendo a los actores no estatales a realizarse de manera bianual. Expresan el deseo por que una instancia como el CNS sea consultiva y vinculante.
17	Anuar Rodriguez *ANDI*	La estructura del Consejo Nacional aumenta la burocracia estatal y el riesgo de politización sobre la definición de presupuestos de salud. La complejidad de funciones de los actores se ve reflejada en instancias de gobernanza y rectoría. Existe un traslape de competencias entre actores. Proponen la participación de las empresas en espacios de gobernanza. Respecto al Sistema de Información se requiere establecer sus costos y tiempos de implementación, así como su estimación de consideraciones fiscales. No se incluyen aspectos para el fortalecimiento del INVIMA, más allá de la eliminación de trámites y alivios financieros.
18	Olga Lucia Rodriguez *ACESI*	Necesidad de que prestadores públicos hagan parte del Consejo Nacional de Salud y que las decisiones de este sean vinculantes para el MinSalud.
19	Francisco Castellanos *Organización para la Defensa del Paciente*	Celebran la activación del Consejo Nacional de Salud. Además de los pacientes, los usuarios del sistema de salud deberían vincularse.
20	Maria Doris Gonzales *Sindicato Nacional de la Seguridad Social*	Amplia participación a más sectores que puedan incidir en las consultas del CNS.
21	Eduardo Guerrero *Asociación Colombiana de Salud Pública*	Celebran forma de gobernanza propuesta por el PL, ampliando participación sectorial, la cual puede operar a través de mesas de trabajo sin hacer parte directa del CNS. Hacer específico que CNS trabaje en función de resultados en salud (determinantes, prestación, aseguramiento), porque se une la gestión del riesgo individual y colectivo, para lo cual el sistema de información contribuye en esta misión. Revisar que consideraciones del CNS pueden ser vinculantes y cuáles no. Revisar pertinencia y ubicación del artículo 7.
22	Representante Martha Alfonso *PH-Alianza Verde*	El PL tiene una composición que se había simplificado, por lo que celebra que se esté proponiendo ampliar la participación social y sectorial. Habría que revisar inclusión de gestoras, prestadores y gestores farmacéuticos cuidando que no existan conflictos de interés. Respecto al artículo 7, la eliminación del trámite permite un mejor funcionamiento de la gestión de medicamentos, de otro lado, el costeo de saneamiento de intereses de mora estimula el pago para garantizar el flujo de recursos al INVIMA, en especial para pequeños morosos que son mayoritarios. Prevención y predicción como dimensiones distintas y complementarias y no como operaciones desencadenantes, recomienda mantener redacción.
23	Pedro Velandia *Asociación de Sociedades Científicas*	Revisar ampliación de participación y revisar carácter vinculante de decisiones del CNS. Proponen que el CNS elabore estudio técnico de la estimación de la UPC, así como su adopción.
24	Santiago Marroquin *ALIADAS*	Están de acuerdo con la creación del CNS. Que la secretaría técnica esté a cargo del DNP por su experiencia en este tipo de escenarios de concertación de política pública. Revisar ubicación del artículo 7.
25	Gabriel Carrasquilla *Acuerdos Fundamentales*	Secretaria independiente de CNS. La metodología de estimación de UPC realizada de manera independiente y carácter vinculante del CNS.
26	Mery Bolivar *Fededepartamentos*	CNS como instancia colaborativa de gobernanza con participación social, incluyendo tanto a usuarios como pacientes. No están de acuerdo con una gobernanza con importante participación del sector público. Revisar si las competencias de políticas públicas del CNS se están traslapando con funciones de Consejo Intersectorial de Salud para los determinantes sociales. Decisiones del CNS vinculantes y no de asesoría. Revisar ubicación del artículo 6, y precisar en articulado aspectos del fortalecimiento de la infraestructura hospitalaria.
27	Ana Maria Soleibe	Celebran la activación del CNS con participación pública y territorial importante, proponen participación de empresarios a través de gestoras con
	Federación Médica Colombiana	voz y sin voto. No se está de acuerdo con la propuesta de tercerizar la estimación de la UPC.
28	Juan Carlos Giraldo *ACHC*	Destacar el artículo 5 como apuesta sectorial de larga data, especificando el alcance del órgano de dirección con rectoría del MinSalud que debe ser explícita. Se solicita participación de prestadores públicos, privados y mixtos que pueden alternarse su presencia en CNS. Cierre del CNS en el pasado fue un error del pasado, necesidad de fortalecer secretarías técnicas, a través de perfiles técnicos y metodologías que garanticen resultados.

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

Artículo 8. Obligatoriedad de las cotizaciones.
Artículo 9. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud
Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.
Artículo 11. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES

29	Francisco Castellanos *Organización para la Defensa del Paciente*	El título es el pilar de la transformación del modelo, centrado en el giro directo que permitirá que se reciban los recursos a tiempo, ahorros producto de la eliminación de la intermediación y dignificación laboral por pago a tiempo. Sugieren añadir un parágrafo para que se puedan pactar condiciones de pago de deudas de EPS, prestadores y proveedores.
30	Olga Lucia Rodriguez *ACESI*	Esto permite materializar los propósitos financieros del sistema y la garantía del derecho fundamental, por lo que se celebra asignación destinada a APS. Sugiere destinación de recursos para el fortalecimiento de red pública hospitalaria, incluyendo rubros en escalamiento tecnológicos para el manejo de la información, que es una brecha entre prestadores públicos, mixtos y privados.
31	Ana Maria Vesga *ACEMI*	Preocupación por el fortalecimiento del rol de pagador único de ADRES, sin embargo, las funciones asignadas aparecen como regulatorias que podrían estar a cargo del MinSalud. Dejar claro que ADRES pagará a las gestoras de salud el reconocimiento de los gastos administrativos. Respecto al numeral 14, en que se plantea que se pagará sin perjuicio de la facturación definitiva, por lo que se requieren controles previos, para lo cual plantean la incorporación de la función de la elaboración de los acuerdos marco. No se explica porque ADRES participa junto a MinSalud en la definición del régimen de tarifas. ADRES debería hacer la constitución de la reserva técnica.
32	Maria Doris Gonzales *SINDES*	Reconocen como el avance más importante la recuperación de la administración pública de los recursos públicos en ADRES como pagador único.
33	Anuar Rodriguez *ANDI*	El PL no aborda problemas estructurales del financiamiento del sistema. Carece de propuestas concretas para obtener nuevas fuentes de financiación. Al romper la mancomunación de recursos pone en riesgo la prestación de servicios de salud. No se resolverán las obligaciones corrientes de pago y la situación de insuficiencia de recursos. Fragmentación de subcuentas genera inflexibilidades sobre la adecuada ejecución de los recursos, según necesidades del servicio.
34	Eduardo Guerrero *Asociación colombiana de Salud Pública*	ADRES se ha venido preparando y viene asumiendo progresivamente la mayoría de funciones que hoy le asigna el PL, es una ganancia para el país este fortalecimiento de la ADRES como parte del modelo de aseguramiento social. ADRES puede empezar a cumplir una función de regulación del gasto en la totalidad del sistema de salud, incrementando la eficiencia y la calidad del servicio. Se debe promover reducir la facturación y el número de transacciones para fortalecer la capacidad resolutiva, la continuidad entre niveles de atención y la eficiencia económica.
35	Representante Martha Alfonso *PH- Alianza Verde*	Los nuevos recursos del sistema se podrán obtener optimizando la gestión financiera de la ADRES, que se viene fortaleciendo tecnológicamente en este gobierno. La ADRES debería poder alertar a las entidades territoriales cuando encuentre contribuyentes que se están beneficiando del régimen subsidiado. Sin embargo, se encuentra estudiando nuevas fuentes de recursos en función de la estimación de gastos del sistema.
36	Juan Camilo Soler *ACOME*	Frente al financiamiento de los residentes médicos y otros programas de formación del talento humano en salud. Se insiste en la propuesta de examen único nacional de residentes, ya que en la actualidad se encuentra disperso generando barreras de acceso y altos costos para poder participar.
37	Galo Viana *GestarSalud y Mutual Ser*	No existe mención de la financiación de la UPC en los artículos relativos a ADRES. La entidad debe garantizar que estos recursos estén resguardados para cada colombiano (reserva técnica). Proponen que ADRES realice la estimación de la UPC.
38	Gabriel Carrasquilla *Acuerdos Fundamentales*	De acuerdo con el fortalecimiento de ADRES y el pago directo. Esto requiere de una transición bien definida para asumir las nuevas facultades dentro del sistema, en donde el eje central sea el SPUIIS. Proponen que UPC sea definida de manera independiente de MinSalud y que se concerte el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud con las sociedades científicas de cada especialidad.

39	Mery Bolivar *Fededepartamentos*	Los excedentes del FONPET deberían seguir estando bajo la competencia de los departamentos, de otro lado, no se menciona la participación en el subsidio a la oferta, así como la explotación de juegos de azar que pertenecen a los municipios. Esto generaría una pérdida de autonomía fiscal de las entidades territoriales. Necesidad de considerar nuevas fuentes de financiamiento. Respeto al fortalecimiento institucional, infraestructural y dotacional que requieren nuevos recursos. Buscar recursos para el saneamiento fiscal y para la operación de la UPC y los Presupuestos Máximos. Equipos territoriales aumentarán frecuencia en notas técnicas. Finalmente, no se encuentran estudios técnicos de respaldo de la utilización de recursos del SGP demanda y oferta para atender servicios hoy financiados por el PBS. Necesidad de que ADRES clarifique la estimación actuarial de la gestión del riesgo, de modo que oficiará como asegurador, que no debería ser el ordenador del gasto.
40	Eduardo Maldonado *Grupo de exministros de salud*	En el PL no quedan claro los aportes a los empleadores, como responsables de liquidaciones y descuentos de los aportes de los trabajadores. Ausencia de nuevas fuentes de recursos ante el fortalecimiento de nuevos procesos del sistema de salud, como la APS.
41	Ana Soleibe *Federación Médica Colombiana*	El fortalecimiento de la APS supone disminución de impactos y usos de la mediana y alta complejidad, reduciendo el gasto en el corto y el mediano plazo. Una APS adecuada además permite disminuir frecuencias de usos en otros niveles de complejidad y disminuye el impacto de la doble medicación que actualmente ocurre. Actualmente existen unos valores de UPC suficientes y el aseguramiento individual está afectado por la ausencia de inversión y salvaguarda de las reservas técnicas por parte de las EPS. Respecto a la facturación, el problema que tienen las IPS es el flujo de recursos, el pago del 85% de la facturación permite el funcionamiento adecuado y el acceso a la atención, sin afectar la transparencia del uso de los recursos con las auditorías.
42	Juan Carlos Giraldo *ACHC*	El pagador único en ADRES como constante en la discusión es un avance para la sociedad y el Estado colombiano. Aclarar en funciones de ADRES que plantean dinámica de control sobre los recursos públicos, para evitar confusión de competencias de Contralorías y SuperSalud. La ADRES debe ser una central de inteligencia, una urna maestra del sistema como propone el PL, De otro lado, avanzar en la publicidad de las transacciones del sistema, opacas hasta ahora. El asunto de las auditorías a cargo de las Gestoras y las supra auditorías a cargo de ADRES, como un fantasma que desaparece de la discusión. Finalmente, diseñar mecanismos para el saneamiento de las IPS. El PL no define nuevas fuentes porque no es su misión, esto se debe acordar como sociedad para proyectar una senda de crecimiento hacia el futuro como porcentaje del PIB.
43	Felix Martinez, *Director*	Aclara que en este apartado se están hablando sobre los recursos de funcionamiento únicamente y no sobre los recursos de inversión, los
	general de la ADRES	recursos de inversión tienen otra vía. Aclara que la cuenta de fortalecimiento no contempla inversión, contempla mantenimiento, que es parte de funcionamiento.
44	Mery Bolivar *Fededepartamento*	Propuesta de que como parte del funcionamiento se manejen recursos del subsidio a la oferta, causando que se relacionen pagos de servicios de salud con componentes de aseguramiento.
45	Galo Viana *GestarSalud y Mutual Ser EPS*	Aclara que la garantía de la atención será para el total de la población colombiana y residente del país. Respecto a los equipos territoriales de salud se deben incluir en la estimación de recursos para la prevención y el aseguramiento. Respecto al financiamiento de los laboratorios de salud pública se debe aclarar si se crearán nuevos o si se fortalecerán los que operan a nivel territorial. La principal destinación de los recursos debe ser la atención en todos sus componentes.
46	Aunar Rodriguez *ANDI*	Revisar si los usos y destinaciones definidas se acompasan con las fuentes, para entender la sostenibilidad de la cuentas. El concepto fiscal de hacienda no se corresponde con esta relación. El PL debería contemplar la globalidad de las cuentas fiscales tanto de funcionamiento como de inversión, así como su compatibilidad con el MFMP.
47	Olga Lucia Rodriguez *ACESI*	Respecto a los servicios complementarios en salud incluir el tema de albergues.
48	Juan Carlos García *ACHC*	Revisar las fuentes de financiación de los laboratorios de salud pública. Revisar redacción del numeral 20 del artículo 11, para clarificar y evitar interpretación libre de los agentes.
49	Gabriel Carrasquilla *Acuerdos Fundamentales*	Existen numerales del artículo 11 en que se ven comprometidos la autonomía de la ADRES, porque dependen de decisiones del MinSalud.
50	Félix Martinez *ADRES*	Los recursos de inversión cuentan con fuentes y estimaciones diferentes a las consideradas en el PL. Respecto a los servicios sociales complementarios que no se han desarrollado de la Ley 100/1993 sino por orden del Constitucional, por ello, se debe contemplar dentro del aseguramiento para poder cubrirlo a cabalidad.

MESA TÉCNICA DÍA # 2

En Bogotá, D.C., el día 3 del mes de octubre de 2024, siendo las 8 am, se reunieron de manera presencial en el club de banqueros de la sede centro, distintas organizaciones, asociaciones, agremiaciones y demás representantes de actores relevantes del sistema de salud, para dar continuidad a los ejercicios de participación social y concertación del PL 312 de 2024.

Metodología:

Se acuerda realizar la lectura del proyecto de ley de acuerdo con el orden en que se encuentra escrita la iniciativa para realizar la discusión por artículo o grupos pequeños de artículos.

Se sugiere a los invitados a la mesa técnica que la intervención debe girar en torno al artículo o grupo de artículos leídos haciendo énfasis en aspectos a favor, en contra o por mejorar, con el ánimo de enriquecer la propuesta radicada por el Gobierno Nacional.

Adicionalmente, se solicita adjuntar los documentos de síntesis, investigaciones, soportes y propuestas de redacción al correo ponentesreformasalud@gmail.com

Representantes a la cámara y asesores presentes

- Alfredo Mondragón Garzón
- María Eugenia Lopera Monsalve
- Andrés Eduardo Forero
- Juan Camilo Londoño
- Camilo Esteban Ávila Morales
- Jorge Alexander Quevedo Herrera
- Katherine Juvinao
- Martha Lisbeth Alfonso Jurado
- Gerardo Yepes Caro

Entidades de gobierno presentes

- Luis Alberto Martínez, viceministro de Protección Social
- Félix Martínez- Director ADRES
- Amanda Coral subdirectora de Salud y Riesgos Profesionales de la Dirección General de la Regulación Económica de la Seguridad Social- Ministerio de Hacienda
- Asesores ministerio de interior
- Asesores ministerio de salud
- Asesores superintendencia de Salud

SECCIÓN A ABORDAR: TÍTULO III: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD; TÍTULO IV: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 12. Fondo Único Público de Salud;
Artículo 13. Cuenta de Atención Primaria en Salud;
Artículo 14. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria;
Artículo 15. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud;
Artículo 16. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación;
Artículo 17. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud;
Artículo 18. Autorización de pago de servicios;
Artículo 19. Servicios Sociales Complementarios en Salud;
Artículo 20. Prestaciones económicas;
Artículo 21. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
Artículo 22. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).
Artículo 23. Condiciones para la transformación de las Empresas Promotoras de Salud
Artículo 24. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida
Artículo 25. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida

TÍTULO III: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD Artículo 12. Fondo Único Público de Salud Artículo 13. Cuenta de atención primaria en salud Artículo 14. Cuenta de fortalecimiento de la red pública hospitalaria Artículo 15. Manejo y destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud		
1	Gabriel Carrasquilla *Academia Nacional de Medicina y Acuerdos Fundamentales*	Revisar las implicaciones de la reforma constitucional al artículo 356 y 357 de la Constitución Política en materia del Sistema General de Participaciones, sobre el componente financiero de la Reforma a la Salud.
2	Félix Martinez *ADRES*	El proyecto de acto legislativo profundiza la descentralización, aumentando los recursos de las entidades territoriales, de modo que los ajustes al componentes financiero del sistema de salud se adecuan armónicamente con las nuevas disposiciones. Los recursos del SGP son municipales constitucionalmente y van al financiamiento de la APS de los municipios y otras necesidades en salud, como el financiamiento y sostenimiento de los hospitales públicos.
3	Clemencia Mayorga *Sociedades Científicas, Colegio Médico Colombiano y Acuerdos Fundamentales*	Respecto al artículo 12, la existencia de subcuentas en un fondo común cuenta con problemas para la movilidad de recursos entre componentes de salud (inflexibilidad). Se debe aclarar las fuentes de financiamiento de cada una de las cuentas del fondo. La proyección financiera muestra un crecimiento de la APS exponencial mientras que la mediana y la alta complejidad no presenta crecimiento en términos de porcentaje del gasto, lo que podría implicar un desfinanciamiento de la atención, el cierre de servicios, el colapso de la red hospitalaria y nuevas situaciones de impago. Se requieren nuevas fuentes de financiación e incrementar los recursos para la atención de mediana y alta complejidad, justifica la necesidad de incrementar los recursos para el nivel complementario por el envejecimiento de la población, nuevos medicamentos y tecnologías que implican una carga adicional para la mediana y alta complejidad.

		Recalca que acuerdos fundamentales tiene en su iniciativa 5 fuentes adicionales.
4	Felix Martinez Director de la ADRES	Respondiendo a la intervención anterior, aclara que las proyecciones están a precios constantes, por tanto se incluye el efecto inflacionario y se evidencia un crecimiento real de las cuentas. Frente al incremento de la participación de la APS, resalta que la recomendación de la OMS es llegar al 30% del gasto en salud, sin embargo, en la proyección de la reforma no se cumple este objetivo y solo se llega al 28% de participación.
5	Mario Cruz *ACEMI*	Espacio fiscal para el gobierno y en particular del sistema de salud se ha reducido de modo que con el PL habrá que hacer más cosas con menos recursos ante la caída del recaudo. Lo anterior se ve en el concepto que emitió el Ministerio de Hacienda en donde las sendas de ingreso y gasto de los próximos 10 años se ajustan a la baja de ingresos. Desfinanciación del aseguramiento y los servicios que las personas pueden adquirir, la iniciativa deja mucho al comportamiento del recaudo, no está garantizado el recurso para el saneamiento fiscal de los hospitales, ni para el sistema de información y con diversos ejes de inversión. Los servicios sociales complementarios no harán parte del sistema de salud por ausencia de estos recursos, dejando en manos de nuevos asignaciones al destino de la ley de financiamiento, haciendo que el concepto fiscal no soporte adecuadamente las apuestas de transformación del sistema.
6	Eduardo Guerrero *Asociación Colombiana de Salud Pública*	Comparativamente en la región, Colombia tiene un gasto en salud importante, dejando un margen de crecimiento limitado sin que esto implique negar la necesidad de un incremento del gasto, teniendo en cuenta los esfuerzos que ya se adelantan que podría llevar a un incremento del 8% del PIB en los próximos años. Revisar si existen gastos innecesarios en salud como por ejemplo en el número de hospitalizaciones como viene evidenciando el BM, existen razones que disparan el gasto en las modalidades de pago y la facturación excesiva, bajo la lógica de obtención de ganancias que explica el modelo de salud. Operadores deberán modificar su actuación y remisión para obedecer a indicadores en salud y no únicamente en la rentabilidad financiera del sistema, lo que requiere una transición y un acuerdo. Se ha restringido la capacidad resolutiva del nivel primario trasladando a la mediana y alta complejidad y con ello los costos de la atención.
7	Mery Bolivar *Fededepartamentos*	En relación a las fuentes que integran el Fondo hay desacuerdo en el traslado de recursos propios de las entidades territoriales, de igual modo, respecto al uso de los recursos existe una combinación de recursos de oferta y de aseguramiento, dejando a discrecionalidad del MinSalud los demás usos de la APS. Proponen revisar la manera en que funcionan las notas técnicas relativas a la UPC y que no se pierda la titularidad de los recursos sin situación de fondos en las entidades territoriales. Respecto a la cuenta de fortalecimiento de la red hospitalaria centraliza los recursos del nivel departamental, perdiendo la autonomía en el manejo de estos recursos desde lo local. Debe definirse el uso de los recursos de cada rubro que dé cuenta de la estructura de pago de la unidad de gasto. Frente al artículo 15 sobre el financiamiento para la formación en salud y la atención de catástrofes y epidemias, manifiesta que no existe financiación.
8	Francisco Castellanos *Organización para la defensa del paciente*	Celebran el fortalecimiento de la APS, principalmente en los territorios que no cuentan con centros de salud. Las organizaciones de pacientes presentan reparos frente al uso de los recursos a nivel municipal, que históricamente han sido desviados para financiar campañas políticas. En lo que respecta a la atención en la ruralidad, quisieran que los recursos del SGP se utilicen para fortalecer la red pública y llevar al menos la APS a los territorios que han sido excluidos.
9	Juan Carlos Giraldo *ACHC*	Es necesario repensar el porcentaje del PIB en salud como propósito de la sociedad, para aproximarnos a quienes logran los mejores resultados en salud que están en el margen del 9%. Actualmente no existe una diferenciación tácita de los niveles de complejidad lo que puede significar un desafío para algunos de los artículos del PL. Se debe aclarar si existe unidad de caja pero a su vez se proponen otras cuentas. Adicionalmente, existen subcuentas que al igual que en el FOSYGA puede presentar cuentas deficitarias y cuentas con excedentes, lo que implica inflexibilidad y trámites complejos para lograr usar estos recursos a los propósitos de las otras cuentas. El CNS debe operar como un tercero creíble para la revisión del componente financiero y su funcionamiento. En el corto plazo no existe una relación lineal entre el incremento de los en APS y recursos reducidos en mediana y alta complejidad, por lo que no se debería considerar este último gasto como no virtuoso.
10	Olga Lucía Rodriguez *ACESI*	La fragmentación de los servicios ha implicado el desfinanciamiento histórico de la APS, actualmente, el funcionamiento del sistema ha llevado a que la mediana complejidad no opere en la práctica, se remite del primer nivel de complejidad a la alta complejidad. La reorganización financiera del sistema además de generar eficiencias y ahorros se observará en los resultados en salud. Respecto al Fondo, se propone que exista una clara movilidad de recursos para atender a nuevas apuestas de fortalecimiento de los niveles de complejidad. Finalmente, revisar la responsabilidad de las entidades territoriales en la administración hospitalaria para que sea coherente con la integración de recursos y la política hospitalaria de acuerdo a necesidades.
11	Gabriel Carrasquilla *Academia Nacional de Medicina y Acuerdos Fundamentale*	Los problemas financieros no son nuevos. El PL plantea un fortalecimiento del primer primario más no una estrategia de atención primaria que requerirá recursos adicionales. Hay un déficit de recursos para lograr las metas internacionales en los próximos años. Para reducir las hospitalizaciones innecesarias es clave el financiamiento del nivel primario, sin embargo, esto no llevará automáticamente a la disminución del gasto en mediana y alta complejidad. Estudios muestran que intervenciones primarias pueden reducir el gasto en $1,7 billones que se ve contrastada con un incremento de gasto de hasta $20 billones, se requieren nuevas fuentes como los recursos de los impuestos saludables, incremento del impuesto al trabajo, exención del IVA para medicamentos, procedimientos y atenciones en salud. Frente a las modificaciones del SGP está de acuerdo con la descentralización y el incremento de las responsabilidades y capacidades de los municipios.
12	Eduardo Alvarado *Grupo multidisciplinario de exministros de salud*	Revisar suficiencia de recursos públicos para sostener las apuestas de la reforma a la salud y la situación de excedentes de recursos de las EPS intervenidas en donde ya no se están robando los recursos públicos. Es cuestionable plantear que el fortalecimiento de la APS ahorra recursos al menos en el corto y mediano plazo, y menos teniendo en cuenta los factores demográficos. Cuestionar la suficiencia de los recursos del sistema, ¿cuánto le está sobrando a las EPS intervenidas?
Artículo 16. Unidad de pago por capitación (UPC en el aseguramiento social en salud y su asignación. Artículo 17. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud Artículo 18. Autorización de pago por servicios Artículo 19. Servicios sociales complementarios Artículo 20. Prestaciones económicas Artículo 21. Créditos blandos a instituciones prestadoras de servicios de salud		
13	Clemencia Mayorga *Acuerdo Fundamentales*	El aumento del 21% a 28% de gasto al financiamiento del nivel primario desfinancia la atención de la mediana y alta complejidad aunque es necesario. El estudio de Espinosa y colaboradores publicado recientemente calcula 20 billones adicionales al crecimiento anual de inflación para la atención de mediana y alta complejidad. Por tanto,manifiesta la necesidad de aumentar la financiación del nivel complementario. Respecto al artículo 16, el CNS al contar con todos los agentes del sistema debe establecer la UPC como resultado de un estudio técnico establecido y aprobado por este órgano. El procedimiento de funcionamiento de las redes integrales e integradas debería simplificarse para que prestadores presenten cuentas a ADRES para su validación. Frente a la autorización de pagos por servicios, el CNS y a su interior el MinHacienda debe plantear un sistema de tarifas más no un tarifario. Sobre los artículos 19,20,21 reitera la necesidad de recursos nuevos, ya que son servicios necesarios para la prestación efectiva pero se encuentran desfinanciados.
14	Mario Cruz *ACEMI*	Necesidad de ampliar el gasto en salud en Colombia en los próximos 20 años, sobre todo el espacio sobre el porcentaje del PIB, sin embargo, los documentos técnicos de soporte indican que no hay nuevos recursos. El PL incluye una UPC que no funciona como prima técnica, debido a que el riesgo financiero no recae en un responsable. Se cuestiona si se están relajando los controles previos, concurrentes y posteriores del gasto. Respecto a la competencias de las gestoras de salud y vida que se adhieren a los acuerdos de voluntades, eliminando las facultades de contratación y ordenación del gasto que tienen hoy las EPS, cambiando los incentivos actuales.
15	Mery Bolivar *Fededepartamentos*	Frente al asunto de la UPC, el CNS debe tomar la decisión del valor de la prima, tomando funciones de política pública y de financiamiento del sistema. El cálculo de la UPC estaría incluyendo prestaciones económicas lo que desnaturaliza la definición de prima de aseguramiento, y cómo no están incluidas en la metodología de estimación requiere incluir variables relacionadas con servicios de salud adicionales. Respecto a la destinación de los recursos, será para garantizar el funcionamiento de hospitales del nivel primario, con un valor per cápita para el nivel complementario, sin embargo, solicita el estudio actuarial que soporte la transición del subsidio a la demanda a la oferta. Se cuestionan sobre el objetivo y la necesidad de nuevas auditorías adicionales a las existentes. Clarificar la referencia a servicios de transporte en la estructura de gasto.
16	Herman Bayona *Federación Médica Colombiana*	La lógica de la facturación y el negocio los recursos de la salud nunca serán suficientes. El pago por evento debería ir transitando hacia otras formas de contratación y pago. La eficiencia de las auditorías actuales están altamente cuestionada, lo que se evidencia en el retraso de la verificación de facturas, de modo que las EPS son efectivas en auditorias con prestadores por fuera de la integración vertical, y laxas con sus propios prestadores. Necesidad del giro directo con auditorías, pero con pago del 85% para facilitar el flujo condicionando un 15% a la verificación de cuentas pero con recursos que llegan para la atención de pacientes y usuarios. Hay sectores que celebran que se financie la APS pero sin que se toque la UPC, lo que la hace inviable.

17	Álvaro Molina *Mesa de Asociaciones de Usuarios*	El giro directo puede transparentar el flujo de recursos más no necesariamente su suficiencia de liquidez para la atención. Lo que se expresa para los pacientes en barreras de acceso por decisiones de los actores que ordenan el gasto. Se requiere financiar la APS, la red hospitalaria y la dignificación laboral pero encontrando nuevas fuentes de ingresos.
18	Eduardo Guerrero *Asociación Colombiana en Salud Pública*	Dilemas del sistema que debe resolver el PL, como la mixtura de los niveles de complejidad en la práctica, por lo que la redacción debe expresar la manera en que se fortalece la distribución financiera el nivel primario y se aprovechan las potencialidades resolutivas en todo el país. Colombia debe fortalecer niveles complementarios, especialmente la mediana complejidad. Se deben discutir modificaciones a la alta complejidad, en clave de la integración de las redes de servicios para reducir al máximo la proliferación de facturaciones y por ende de auditorías.
19	Carlos Daguer *Centros Expertos en programas especiales*	Hacer explícito en el artículo 17 el término de pago por resultados en salud, como incentivo a la sostenibilidad y la calidad del servicio, dado que el término actual resulta ambiguo.
20	Juan Camilo Soler *ACOME*	Respecto a los equipos territoriales de salud y su composición con residentes médicos, serían especialidades o equipos médicos en formación, para evitar su precarización laboral.
21	Francisco Castellanos *Organización para la defensa del paciente*	Importa reflexionar sobre el enfoque con el cual se estima la UPC, ya que el PL mantiene elementos centrales del enfoque mercantil actual en su metodología, sin cambios sustanciales en la materia. Se requiere una nueva forma de distribución de los recursos dejando a un lado el cálculo actuarial y su perspectiva basada en el lucro. Lo mismo puede ocurrir con el manual tarifario.

SECCIÓN A ABORDAR: TÍTULO IV: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 22. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).
Artículo 23. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud.
Artículo 24. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida
Artículo 25. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida

22	Francisco Castellanos *Organización para la defensa del paciente*	Respecto a la transformación de las EPS en gestoras de salud y vida, actualmente existen fallos de tutela sobre las EPS, por lo que preocupa el cumplimiento de las sentencias ejecutoriadas, ¿se hará traslado de responsabilidades? y segundo, en caso de que no haya cumplimiento sobre quien se demanda judicialmente el derecho. Proponen un parágrafo que clarifique esta situación.
23	Eduardo Wilches *Salud Total EPS*	Respecto a los planes voluntarios de salud que representan el 7% del total,
24	Eduardo Alvarado *Grupo de exministros de salud*	El artículo 22 tiene vocación de parágrafo transitorio por lo que se necesita un artículo que defina qué son las Gestoras, sus requisitos y sus competencias, de esa manera las EPS actuales serán las únicas gestoras de salud y vida.
25	Álvaro Molina *Mesa de asociaciones de usuarios*	Necesidad de un responsable del aseguramiento que guíe y remita en el sistema de salud, de manera que se clarifique un responsable en la movilidad al interior de las redes de servicio. La libertad de elección entre gestoras debe ser un derecho de los pacientes y usuarios. Respecto a la integración vertical esta se debe transparentar a la sociedad y eliminar las redes integradas verticalmente y las no integradas, en materia de flujo de recursos y el manejo de cuentas por pagar.
26	Gabriel Carrasquilla *Academia Nacional de Medicina y Acuerdos Fundamentale*	Este artículo es el eje de la propuesta del gobierno, con el que la Academia Médica se encuentra en acuerdo, la integración vertical es una fuente de corrupción, barreras de acceso y desvío de recursos públicos. Respecto a la facultad de colaboración de las gestoras está resulta ambigua. Se propone mantener la afiliación y sus afiliados como mecanismo de representación del paciente, por lo que las gestoras deben conservar la gestión del riesgo en salud.
27	Santiago Marroquín *ALIADAS*	El artículo 22 debería evitar contradicciones en el marco de competencias de las gestoras, respecto a la organización territorial manteniendo los afiliados, mientras que los CAPS se organizan mediante empadronamiento en proximidad al lugar de residencia. Se debe insistir en la claridad de la ruta de atención y sus respectivos responsables.
28	Jorge Gutierrez *GESTARSALUD*	Como parte en la construcción del PL, se denotan algunos vacíos en el reconocimiento del papel de las gestoras en el resto del sistema, destacando la naturaleza de ingreso y salida. Proponen reorganizar el título, describiendo a las gestoras, luego sus funciones y sus relaciones con los otros agentes.
29	Herman Bayona *Federación Médica Colombiana*	Se puede plantear un artículo en que los planes voluntarios/privados podrán continuar en la medida en que no toquen los recursos públicos del sistema. Esto lleva a repensar la red que usan estos servicios complementarios que suelen coincidir con las redes financiadas públicamente. El sujeto procesal del derecho a la salud siempre ha sido el Estado, las EPS han asumido esta representación por la intermediación financiera y administrativa. Las responsabilidades de las gestoras son absolutamente claras y cuentan con una remuneración por gastos administrativos. Preocupa que la territorialización de las gestoras está en clave de la no integración vertical, ante un alto grado de integración actual y la propiedad de los prestadores deriva en que existan desafíos en la territorialización y la realización de auditorías.
30	Olga Lucia Rodriguez *ACESI*	Para mejorar la propuesta, respecto al tiempo de saneamiento de EPS que se transforman en gestoras, ya que actualmente las EPS liquidadas hacen planes de pago que no han cumplido. Se debe establecer el soporte financiero de esta transición, con medidas en caso de que no se cumpla ese cronograma. La integración vertical se debe prohibir también en la baja complejidad. Se requiere levantamiento del velo corporativo para transparentar estas situaciones. En relación con los compromisos de pago se vienen observando el incumplimiento de los indicadores financieros de solvencia y habilitación que llevaría a nuevas liquidaciones sin claridad sobre el estado de la cartera. Se propone que ante dos vigencias de incumplimiento de indicadores y obligaciones se retire la habilitación. Finalmente, respecto a funciones de coordinación y gestión debe haber una clara asignación de responsabilidades para evitar elusión.
31	Clemencia Mayorga *Sociedades Científicas*	No existe previsión en la transición y en funciones la existencia de gestoras nuevas que hoy no son EPS, ante la ausencia de voluntad de éstas en el nuevo sistema. Se pregunta qué ocurre ante el incumplimiento de plan de saneamiento de las EPS se transformen o no a gestoras. Se deben clarificar funciones en la coordinación y gestión. Preocupa que las gestoras se reorganizarán en subregiones según su tradición conservando sus afiliados, qué ocurre con afiliados en otras regiones en que la gestora no es fuerte. Están de acuerdo con la eliminación de la integración vertical.
32	Juan Carlos García *ACHC*	Destaca el valor del verbo rector de la transformación de las gestoras de salud y vida, lo que permite la evolución a un nuevo sistema. Se plantean tiempos suficientes y podrán participar en la conformación de los CAPS y colaborarán en el establecimiento de las redes de servicios. Preocupa el plan de saneamiento de pasivos de 48 meses que es excesivo y podría limitar el objetivo de resolver problemas financieros del sistema. La integración vertical es un enorme conflicto de intereses, que la historia regulatoria no ha logrado solucionar, por lo que su prohibición no puede ser únicamente en la mediana y la alta complejidad. Tampoco debería existir la integración de gestores farmacéuticos dados sus pésimos resultados.
33	Eduardo Guerrero *Asociación Colombiana de Salud Pública*	Celebran la transformación de las gestoras producto de acuerdos con empresas y sectores políticos, como parte de un cambio profundo a diez años. Presenta una potencialidad de cambio real en el sistema, en tanto las gestoras están ligadas a un territorio y una región. Las gestoras deben propiciar que los ciudadanos sean vistos en su dimensión familiar y colectiva y no únicamente individual, que cuentan con una protección en salud. Las gestoras en el marco de sus funciones deberán incorporar una mirada al conjunto de las acciones en salud, a partir de sistemas de información cualificados. Las gestoras no deben tener ningún nivel de integración vertical, observando proyecciones de redes de mediano plazo respondiendo a las necesidades de la población. Las libertad de elección es en las rutas de atención no respecto a las gestoras.
34	Herman Bayona *Federación Médica Colombiana*	El acceso a la salud en el nuevo modelo implica acceso a la atención de carácter nacional, como parte de la evolución de la estructura económica del sistema. Esto es justamente un problema del aseguramiento individual que limita el acceso en función del convenio de las EPS en cada territorio.
35	Juan Carlos Giraldo *ACHC*	Respecto a la UPC consideran loable su mecanismos de estimación, consulta y decisión. Se destaca que el PL se compromete a una UPC suficiente. Preocupa la integración de un esquema de subsidios a la oferta con uno de subsidios a la demanda en los niveles de complejidad. Revisar si se están tocando componentes de la Ley 715 de 2001. Los acuerdos marco con ADRES, sin embargo, se pregunta con quien se definen cantidades, calidades del servicio. El régimen tarifario mantiene que la lógica del racionamiento, por lo que proponen un sistema tarifario, un índice de precios, pagos por desempeño, entre otros, y no únicamente un manual. Frente al giro directo no es cierto que no se vayan a hacer auditorías y esto facilita el flujo de recursos a los prestadores. Revisar fuente de financiación de las disposiciones sobre el cuidado. Celebran la justicia social del artículo 20. Propone que se cree una financiera hospitalaria nacional que favorezca al sector público y privada que de la mano de CISA defina recursos para el apalancamiento del sistema.
36	Féliz Martinez *ADRES*	El CNS por razones jurídicas no puede tomar decisiones sobre el MinSalud, como instancia asesora puede exigir al gobierno que explique porque no acoge recomendaciones en caso de así hacerlo. Respecto a la decisión de UPC a cargo de la comisión compuesta por Hacienda, DNP y MinSalud debe mantener la autoridad gubernamental sobre la decisión económica de la estimación.
37	Mario Cruz *ACEMI*	El sector de las EPS tiene actualmente un patrimonio negativo que explica que las acreencias superan los activos con los que cuentan, igual ocurre con la desinversión de las reservas técnicas. El artículo 23 implica que se debe sanear las finanzas de estas empresas a las que el sector financiero no está dispuesto a respaldar a estas empresas y su manejo financiero. Esto implica que no se tiene certeza del actor que llegará a participar en estas labores, puede que las EPS no estén interesadas en vincularse al sistema.
38	Álvaro Molina *Mesa de asociaciones de usuarios*	Actualmente se debe buscar una salida financiera para la crisis que se ha generado tras décadas de deudas y cierre de servicios que amerita una solución mancomunada. Se debe revisar el reconocimiento de ajustes de presupuestos máximos por parte de ADRES.
39	Francisco Castellanos	La crisis financiera de las últimas décadas que ha enfrentado los pacientes, se generó por la desviación de los recursos públicos por parte de las EPS

	Organización de la Defensa del Paciente	que terminaron en el enriquecimiento privado, que conllevó a la afectación de la calidad de la salud de los colombianos y muertes evitables. Esto se expresa actualmente en la negación de servicios y se tiene incertidumbre sobre las carteras que mantienen con prestadores, proveedores y trabajadores.
40	Herman Bayona *Federación Médica Colombiana*	No es creíble que las EPS digan que no van a ser gestoras de salud y vida, dado que van a recibir importantes recursos por concepto de gasto administrativos sin asumir el riesgo financiero. La obligación de sanear pasivos es urgente dado que el Estado colombiano no tiene deudas con las EPS, mientras que estas deben billonarios recursos al sistema. Es importante insistir en el levantamiento del velo corporativo para evitar que sigan liquidándose sin pagar sus obligaciones. No obstante se debe contemplar el escenario de insuficiencia de gestoras para lo cual debe existir respuesta estatal.
41	Maria Doris Gonzalez *SINDES*	Desde la perspectiva de los trabajadores se apoya la transformación de las EPS, frente a la negativa de actores empresariales a dejar de beneficiarse del negocio de la salud. No hay una explicación válida a la desviación de recursos por parte de las EPS que explican la crisis financiera, mostrando una incapacidad administrativa y un comportamiento doloso. El Estado colombiano no debería absolver estas abultadas carteras y debería exigir el saneamiento de carteras de las EPS activas y las liquidadas.
42	Eduardo Wilches *Salud Total EPS*	No hay que desestimar que las empresas no deseen convertirse en gestoras, dados los requisitos y condiciones necesarias para operar como una de ellas.
43	Clemencia Mayorga *Sociedades Científicas*	Preocupa el pago de las deudas por servicios prestados por las IPS, sin embargo, esperar que se paguen en 48 meses. Las EPS pueden estar optando por irse a la liquidación y así eludir el pago de sus obligaciones. De modo que el gobierno debe considerar una ruta de actuación ante este escenario. Respecto a los gastos administrativos del 5% y un 3% de incentivos para las gestoras se debe contar con un estudio técnico de soporte con claridad de funciones y responsabilidades.
44	Juan Carlos Giraldo *ACHC*	Se observan tres momentos simultáneos: la crisis, la transición y la reforma, la ACHC ha propuesto un plan extraordinario de liquidez que debe operar inclusive mientras se aprueba la reforma. Respecto a la transformación de las EPS en gestoras se cuestionan los 48 meses de saneamiento independientemente de si aceptan o no convertirse en gestoras. Esta transición ocurre ante la falta de efectividad de la flexibilización de condiciones de solvencia y habilitación de las EPS de la última década. ¿Dónde está la capitalización privada y el respaldo de los capitales que soportan a las EPS y sus IPS propias?
45	Mery Bolívar *Fededepartamen*	El artículo 23 debe contemplar condiciones distintas a la transformación como la compra, cesión y otras figuras del estatuto financiero. Debe haber
	tos	un plan de choque para la coyuntura de cartera que recae sobre hospitales públicos, adicionalmente, se considera que los 48 meses es un tiempo excesivo para el saneamiento.
46	Eduardo Guerrero *Asociación Colombiana de Salud Pública*	La asociación está de acuerdo con la transformación y reducir los tiempos de saneamiento de pasivos, se hace evidente que la crisis estructural obliga al gobierno y al Congreso a esta reforma, en especial ante los mensajes del gremio de las EPS de incertidumbre en el cumplimiento de sus obligaciones. Se están prestando las condiciones para resolver el pago de deudas y recalcular el pago de gastos administrativos de las gestoras, que preste evidencia empírica del monto del 5% ante la reducción de competencias. Se propende por un nuevo pacto social en el que ya han ingresado numerosas EPS.
47	Ana Maria Vesga *ACEMI*	Parece un contrasentido realizar la gestión integral del riesgo en salud ante el marco de coordinación y cooperación de sus competencias. No es del interés de las EPS quedarse con una asignación del 5% ante unas funciones diluidas. No queda claro cómo se negocian, se acuerdan los procesos contractuales con los prestadores para la gestión del riesgo. Respecto a la posibilidad que gestoras vigilen a CAPS y CAPS vigilen a las gestoras, genera dificultades.
48	Santiago Marroquín *ALIADAS*	Los artículos muestran que las gestoras y su transformación, deja la pregunta sobre su interés en la transición, dadas las condiciones actuales del sistema de salud. Proponen que se saneen primero los pasivos y los indicadores en salud antes de pensar en el cambio. El sector salud no es sujeto de crédito a partir de la incertidumbre y malos manejos de sus actores y no es atractivo para la realización de inversiones extranjeras.
49	Herman Bayona *Federación Médica Colombiana*	La responsabilidad de la atención de los pacientes no ha estado a cargo de las EPS, esto ha estado bajo la responsabilidad de prestadores, médicos y talento humano en salud. La reforma mejora los ejes estructurales del sistema. En la práctica la gestión del riesgo es trasladada a las IPS por parte de la EPS que deben hacer realmente la referencia y la contrarreferencia. El resto del riesgo se transfiere a través del pago de las cápitas a los prestadores. Las funciones propuestas para la gestoras son claras, como la coordinación de la referencia y la contrarreferencia, articulando la red, haciendo auditoría pero sin realizar la ordenación del gasto. Toda ellas en las que tienen una experticia y capacidades instaladas. Se debe evaluar técnicamente el valor de los gastos administrativos de las gestoras.
50	Francisco Castellanos *Organización para la Defensa del Paciente*	Se pregunta por la vigencia de la circular externa que permitió la creación de un rubro rotatorio para el cuidado de las enfermedades huérfanas, en el marco de la reforma a la salud.
51	Mario Cruz *ACEMI*	Respecto a la remuneración de las gestoras estos recursos no están garantizados ni costeados en el concepto de MinHacienda.
52	Félix Martinez *ADRES*	Respecto a la evaluación de CAPS a gestoras, el modelo actual no ha funcionado en que el actor ordenador del gasto evalúa y los demás actores responden. Es fundamental que la base evalúe si el sistema en su totalidad está respondiendo a los objetivos del sistema. Igualmente que exista un contrapeso para que la gestora evalúe si el CAP está haciendo un manejo adecuado de la atención de los pacientes. Respecto a la remuneración los recursos asignados son bien vistos en la medida en que garanticen la gestión en salud y resultados sobre la calidad del servicio.
53	Eduard Wilches *Salud Total EPS*	Destaca la propuesta del Rep. Mondragón en reglamentar la distribución de responsabilidades. Respecto al no cumplimiento de los estándares de gestión establecidos en donde recibirán un 30% menos de ingresos, surge del seno de la concertación con las EPS y sus preocupaciones. Sin embargo, aspectos como la satisfacción del usuario dependen de toda la cadena de gestión, por lo que peligra no individualizar los incumplimientos. Proponen en estos términos la supresión del segundo párrafo del artículo 25.
54	Eduardo Guerrero *Asociación Colombiana de Salud Pública*	Destaca la disponibilidad y dedicación para la concertación entre algunas EPS, la academia y el gobierno. En primer lugar, el resultado como gestora debe ser la garantía del derecho fundamental a la salud y la vida, a través de las redes integrales e integradas, como conectora para el buen funcionamiento del sistema, aprovechando herramientas tecnológicas y médicas en la organización de servicios y el logro de resultados. La labor del gestor es propiciar una atención rápida y expedita. La academia debe apoyar la formación y el funcionamiento de las gestoras.
55	Mery Bolívar *Fededepartamentos*	En el PL no hay un responsable claro para las 5 funciones de la gestión del riesgo y su mecanismo de remuneración. Las funciones de las gestoras no están directamente relacionadas con la gestión integral del riesgo. Se cuestiona si los incentivos se trasladaran al prestador y cuál será su funcionamiento.
56	Sandra Jimenez *ANEC*	Celebran el avance del articulado, pero se está desconociendo la pérdida de interés del personal de la salud para ir a las regiones y hacer la búsqueda activa de los pacientes, así como la migración masiva de enfermeras, esto va a llevar a que los resultados llevan al incumplimiento de los estándares de gestión. El articulado debería abordar más ampliamente la situación del talento humano en salud.
57	Álvaro Molina *Mesa de asociaciones de usuarios*	Es necesario que entre las funciones de las gestoras se establezcan las responsabilidades, dentro de lo posible un único responsable.

MESA TÉCNICA DÍA # 3

En Bogotá, D.C., el día 8 del mes de octubre de 2024, siendo las 10:45 am, se reunieron de manera presencial en el salón Monserrate del hotel Tequendama, distintas organizaciones, asociaciones, agremiaciones y demás representantes de actores relevantes del sistema de salud, para dar continuidad a los ejercicios de participación social y concertación del PL 312 de 2024.

Metodología:

Se acuerda realizar la lectura del proyecto de ley de acuerdo con el orden en que se encuentra escrita la iniciativa para realizar la discusión por artículo o grupos pequeños de artículos.

Se sugiere a los invitados a la mesa técnica que la intervención debe girar en torno al artículo o grupo de artículos leídos haciendo énfasis en aspectos a favor, en contra o por mejorar, con el ánimo de enriquecer la propuesta radicada por el Gobierno nacional.

Adicionalmente, se solicita adjuntar los documentos de síntesis, investigaciones, soportes y propuestas de redacción al correo ponentesreformasalud@gmail.com

Representantes a la Cámara y asesores presentes

- Alfredo Mondragón Garzón
- María Eugenia Lopera Monsalve
- Jorge Alexander Quevedo
- Camilo Esteban Ávila Morales
- Martha Lisbeth Alfonso Jurado
- Katherine Juvinao
- Gerardo Yepes Caro
- Martha Alfonso

Entidades de Gobierno presentes

- Guillermo Alfonso Jaramillo, ministro de Salud y Protección Social
- Juan Fernando Cristo, ministro del interior
- Jaime Hernán Urrego, viceministro de Salud
- Luis Alberto Martínez, viceministro de Protección Social
- Félix Martínez, director ADRES
- Asesores ministerio de interior
- Asesores ministerio de salud

SECCIÓN A ABORDAR: CAPÍTULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS; CAPÍTULO III: INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO; TÍTULO V: PERSONAL DE SALUD

Artículo 26. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS.
Artículo 27. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS.
Artículo 28. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS.

Artículo 29. Centro de Atención Primaria en Salud.
Artículo 30. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.
Artículo 31. Sistema de referencia y contrarreferencia.
Artículo 32. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.
Artículo 33. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.
Artículo 34. Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE.
Artículo 35. Órganos de dirección y administración de las ISE.
Artículo 36. Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH).

Saludo e instalación de la mesa por parte de la HR. María Eugenia Lopera, donde resalta las solicitudes de participación que serán atendidas en la audiencia pública que se realizará en las próximas semanas. El objeto de los ponentes y de este proceso de participación es recoger la mayor cantidad de opiniones, sugerencias y percepciones de la ciudadanía sobre la reforma, así mismo, menciona que hoy se avanzará lo que más se pueda en el articulado y posterior a su análisis se abrirá el espacio de discusión para aspectos no contemplados en la reforma.

Saludo del Ministro de interior Juan Fernando Cristo, reconocimiento de la importancia del espacio como un mecanismo novedoso para escuchar a la sociedad civil y acoger sus aportes, así como una oportunidad para los ponentes de generar consensos entre y con los actores del sistema.

Reconoce la pertinencia y urgencia de la iniciativa, así como, la necesidad de definir una ruta en el sistema de salud. Manifiesta que una Reforma de este nivel no puede darse el lujo de errar, más allá de las orientaciones políticas, el objetivo es generar el mejor proyecto posible con la intervención de los actores. El gobierno reconoce la necesidad de una reforma de fondo, pero el mandato popular no es inapelable, requiere equilibrios, y debe significar que el Gobierno escuche voces de todos los sectores y recoja sus propuestas.

El congreso es el espacio para generar consensos y tomar decisiones democráticas.

Saludo del Ministro de Salud y Protección Social en reconocimiento del valioso trabajo realizado en las mesas técnicas. Tanto el Ministerio de Salud como los ponentes de la reforma han recopilado cuidadosamente las sugerencias realizadas por los distintos actores y participantes del espacio. Este esfuerzo se suma a las negociaciones pertinentes que se deben adelantar.

El trabajo realizado en este espacio se verá traducido en la recopilación de las sugerencias y comentarios frente al articulado por el Ministerio de Salud y los ponentes. En este sentido, el ministerio de salud se encuentra realizando las negociaciones pertinentes con el MHCP para reforzar presupuestalmente el sistema de salud con los recursos recaudados a través de impuestos saludables y el IVA social. Resalta la iniciativa del gobierno de devolver la autonomía a los territorios en términos de salud, educación y saneamiento básico al incrementar el monto del SGP manejado por los municipios.

Hace un último saludo a la mesa y reconoce la valiosa labor de los participantes que redunda en un acuerdo por esta reforma.

Alfredo Mondragón Nota metodológica sobre turnos de los ponentes.

HR Jorge Alexander Quevedo hace un llamado a aprovechar el espacio y gestionar adecuadamente el tiempo de la mesa para lograr que las intervenciones se traduzcan en solicitudes concretas frente al articulado. Recuerda que el propósito de la mesa es tener un texto de ponencia consensuado que genere equilibrios sobre las propuestas que han surgido alrededor de esta reforma.

La **HR María Eugenia Lopera** da inicio a la mesa.

CAPÍTULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS

Artículo 26. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS.
Artículo 27. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS.
Artículo 28. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS.

1	Patricia Guzman *Gerente de Asocajas*	Considera que la gestora debería ser la responsable de conformar las redes a partir de una oferta institucional a cargo de las secretarías de salud territoriales, esta premisa bajo el entendido de que en el actual sistema de salud la función principal de las EPS es la gestión integral del riesgo y con la reforma participan en la gestión del riesgo en salud. Solicitan que sean las gestoras quienes suscriban los convenios de desempeño en todos los niveles para, según su concepto, no alterar la gestión del riesgo. Respecto a la adscripción a los CAPS solicita que se añada como criterio la georeferenciación de los usuarios.
2	Ana Maria Vesga *ACEMI*	Resalta la necesidad de aclarar los procesos y alcance de las gestoras para garantizar la obtención de resultados. Resalta tres (3) aspectos en el proceso de conformación y vinculación de los agentes al sistema de salud: 1. El sistema establece tarifas, sistema de pagos, auditorías y sistema de información; 2. El acuerdo marco suscrito con la ADRES materializa los aspectos del literal anterior; 3. La suscripción de acuerdos de desempeño con la gestora en el nivel complementario y a nivel territorial en el nivel básico de atención. Manifiesta su inquietud sobre el alcance del acuerdo de desempeño y el porque ese acuerdo sólo se refiere al nivel complementario si se espera integralidad de desempeño en el sistema, en este sentido, el acuerdo de desempeño debería suscribirse con la gestora en todos los niveles para no generar más fragmentación.
		Manifiesta que no es claro para un gestor como se va a garantizar la evaluación de calidad, dado que no existe facultad de negociación para generar los resultados, en este sentido, la vinculación al sistema funciona como un proceso de adhesión de los prestadores a las condiciones establecidas en materia de tarifas, formas de pago, auditoria, sistema de información, por lo que se genera la inquietud sobre en que momento se negocian las cantidades. En este sentido, manifiesta tres aspectos importantes 1. No es clara la ruta para la vinculación al sistema. 2. El convenio de desempeño está fragmentado. 3. Las gestoras no cuentan con verdaderas herramientas para conseguir y cumplir los objetivos asociados a resultados en salud, eficiencia y gasto. Para las EPS es importante mantener su gestión, para determinar el nivel de incidencia respecto a la red prestadora que estará a cargo de la gestión de su población.
3	Galo Triana *Gestarsalud*	Solicita que el viceministro aclare cómo opera lo referente a las redes en los artículos leídos.
4	Luis Alberto Martinez, *Viceministro de Protección Social*	Hay que armonizar dos elementos centrales de la organización de los servicios: 1. En la constitución es explícito que la organización de los servicios de salud es una función **indelegable** del Estado, determinación que se reitera en la ley estatutaria de salud y demás leyes relacionadas. No obstante, actualmente existe una resolución, demandada ante el Consejo de Estado, que le delega esta función a las EPS. En el articulado, el Estado, a través de las entidades territoriales, finalmente asume la función de organización de los servicios de salud dispuesta en la constitución, reconociendo además la experticia de las gestoras en esta materia. Para ello, se plantea la construcción de un documento técnico, en el que se suman tanto la entidad territorial como las gestoras, para el análisis funcional de la red, el cual consta de 4 fases: 1) identificación de las necesidades territoriales; 2) inventario de la oferta sociosanitaria; 3) identificación de las brechas producto del análisis comparativo entre el punto 1 y 2; y 4) hacer el cierre de brechas. 2. Para poder materializar el acceso a los servicios en todo el territorio nacional esta reforma propone los CAPS, compuestos por equipos multidisciplinarios conformados de acuerdo a la necesidad de cada territorio y equipos de especialistas. Así, estos servicios se financian bajo la garantía de una oferta, no de un subsidio a la oferta, para avanzar en la garantía del acceso universal. Ahora bien, frente a la conformación de las redes, se plantea que en los CAPS
		el convenio de desempeño lo haga la entidad territorial y lo supervise la gestora, generando así un sistema de pesos y contrapesos; y en la mediana y alta complejidad el convenio de desempeño esté a cargo de las gestoras, dado que es allí donde tienen más experticia, y van a ser supervisados por la entidad territorial. Quien habilita la red es el Estado.
5	*Eduardo Dueñas mansosalva* *Centros expertos en programas especiales CEXPES*	En representación de 25 IPS especializadas en atención de pacientes de alto costo, enfermedades huérfanas y de alta morbilidad El artículo 28 plantea un modelo asistencial, donde los centros expertos en el componente primario permitirían la gestión del riesgo de personas sensibles, que quedan al margen del sistema si no cuentan con una atención oportuna y enfocada en sus necesidades. La población de enfermedades de alto costo deben ser manejadas en instituciones con habilidades técnicas que garanticen su atención por lo que es necesaria la articulación de la gestión integral del riesgo en estos niveles. Contemplar que la falla en la oferta en estos servicios afecta la implementación del sistema de salud. La no disponibilidad de servicios en la red o no contar con la experticia para tratar las enfermedades de alto costo en el nivel primario genera fallas en atención. Proponen que los centros expertos hagan parte del prestador complementario en el nivel primario, para generar sinergia. En temas de gobernanza y estrategia, cuestiona la vinculación, habilitación y autonomía de los prestadores primarios, gestión de la capacidad clínica y financiera, y determinación del pago a la gestión por resultados. Resaltan que pueden ser fundamentales en las redes, profundizar su papel en la reforma para que las personas de enfermedades crónicas y de alto costo tengan atención integral y no fragmentada.
6	Francisco Castellanos *Organización defensa del paciente*	Reconocen como uno de los mayores logros de esta reforma la recuperación de la rectoría y gobernanza del sistema de salud por parte del estado, lo que se tangibiliza claramente en la conformación de las redes. Manifiestan una preocupación en torno a la corrupción, por lo que hacen un llamado al estricto control de los recursos.
7	Gabriel Carrasquilla *acuerdos fundamentales*	Constancia al presidente de la comisión séptima y ponentes ya que en las mesas técnicas no se ha considerado el PL 135 de 2024 radicado por congresistas independientes y acuerdos fundamentales, Solicita su inclusión en el debate, asignación de ponentes, acumulación y prórroga para la presentación de la ponencia para incluir esta iniciativa al debate. Frente a la creación de RIIS en la reforma, manifiesta que no era necesario una iniciativa para crearlos, pues la redes ya se encuentran definidas en la 1438, pero su creación hace operativo el sistema de salud, aumentando acceso y disminuyendo barreras.

		Manifiesta que no ha revisado el documento mencionado por el viceministro pero en el texto no está claro el rol de las gestoras, quienes deben tener una responsabilidad operativa más concreta. Propone que la afiliación a la gestora debe continuar a nivel territorial pues no tiene sentido una cobertura a nivel nacional. Cuestiona cómo se va a realizar la coordinación entre las secretarías de salud y la atención en los límites territoriales. El funcionamiento de las redes es un reto para la organización del sistema pero que vale la pena reforzar.
8	Olga Lucia *ACESI*	Resaltan el carácter fundamental de estos artículos para garantizar la continuidad y la eficiencia del sistema que hoy no existe por la desarticulación. Consideran que los acuerdos marco deberían ser suscritos por la ADRES y no por las gestoras para evitar la posición dominante que tienen hoy las EPS y que se debería tener una red de servicios y una red alterna para que el usuario no quede atrapado en un contrato que no le resuelve. Señalan que las entidades territoriales son quienes deben coordinar las redes, de hecho, hoy en día algunos prestadores junto con las entidades territoriales ya asumen esta función.
9	*Alvaro Molina Mesa Asociaciones de Usuarios*	Preocupación sobre la navegación en la red. No tiene sentido que un usuario de Ibagué sea atendido en Bucaramanga, por lo cual se necesita optimizar la red a nivel territorial. Considera, sin embargo, que con la territorialización de la red e influencia de las entidades territoriales sobre la misma se corre el riesgo de privilegiar un segmento de la población sobre otra y abrir el sistema a la politización en la conformación de la red. Además, señala que los contratos deben ser claros, se debe fortalecer la red pública hospitalaria pero insisten en la existencia de un responsable.
10	Clemencia Mayorga *Sociedades Científicas*	Se une a la constancia de acuerdos fundamentales para que se acumule al proyecto de acuerdos fundamentales. Considera que el manejo y los incentivos diferentes en cada nivel puede generar dificultades en la ruta del paciente que no se solucionan únicamente con el sistema de referencia y contrareferencia. Propone que la gestión en salud, no la financiera, sea responsabilidad de las gestoras. Señala que las patologías de alto costo, raras y huérfanas requieren una atención diferencial en centros especializados que no necesariamente se cruzan con las RIITS.
11	German Bayona FMC- CMB-JMN	La Federación Médica Colombiana y acuerdos fundamentales plantean la asignación de la afiliación y gestión a través de las gestoras, es decir, mantener las dinámicas del sistema. En ese sentido, considera fundamental reflexionar sobre el planteamiento de la salud como negocio, naturaleza que se mantiene en la iniciativa referenciada en tanto contempla la capacidad de contratación de las gestoras, lo que mantiene las distorsiones del sistema. Sobre el articulado, avalan las redes como mecanismo de complementariedad que permite la articulación de todos los servicios y
		prestadores para garantizar el derecho fundamental a la salud, sin embargo, considera que es importante definir las situaciones en salud que no se pueden resolver en los territorios y deben acudir a la red nacional para suplir estas necesidades. Considera, además, que el sistema se debería organizar a través de regiones funcionales para articular y definir la atención en regiones fronterizas. Sobre los indicadores e incentivos, se plantea la vinculación de la contratación y condiciones laborales con la satisfacción del paciente, pues en gran medida la satisfacción del usuario depende de las dinámicas de contratación del personal que lo atiende. Finalmente, recomienda cambiar usuario por ciudadano.
12	Eduardo Guerrero *Asociación Colombiana de salud pública*	Manifiesta compartir casi en su totalidad el texto presentado. Considera que esta propuesta materializa lo dispuesto en la ley 1438 de 2014 sobre las RIIS. La red de prestadores no puede ser dependiente de las gestoras, las gestoras pueden participar en lo referente a la red esta no puede depender de las gestoras. Solicita se deje explícito en el articulado que todos los prestadores que cumplan las condiciones de habilitación y se encuentren en un territorio tienen el derecho a estar en una red. Señala que con lo dispuesto en los artículos leídos se termina la competencia del mercado en salud, se acaba la competencia entre prestadores para dar paso a la cooperación al interior de una red que coopera. La ciudadanía debe ver la red como puertas abiertas para ingresar al sistema con facilidad por lo que solicitan que la adscripción no impida que los ciudadanos ingresen al sistema a través de los centros ambulatorios. Resalta la importancia de la conectividad entre los CAPS y los centros de mediana y alta complejidad, muchas veces los usuarios se quedan en la alta complejidad y no regresan a la baja complejidad, impidiendo aliviar la presión sobre la alta complejidad, conectividad que es responsabilidad es de las gestoras y las entidades territoriales.
13	*Maria Doris Gonzales SINDES*	Las Gestoras no deben seguir como intermediarias en los servicios de salud y menos con la red pública hospitalaria, que se ha deteriorado gracias a este modelo. Como trabajadores de la salud, consideran que las redes deben optimizar servicios, recursos, y no seguir imponiendo barreras de acceso a la atención de los usuarios. Resalta que las gestoras realizan actividades importantes en materia de optimización del sistema, pero no es negociable la cercanía de los servicios al usuario especialmente en los territorios.
14	*Eduardo Dueñas*	Propone que se añada un artículo para sacar a los pacientes de alto costo del modelo propuesto en la reforma y, en su lugar, esten bajo un modelo de gestión individual del riesgo. Manifiestan sus inquietudes sobre la disparidad de competencias de las entidades territoriales. Consideran que se requiere mayor claridad en materia de habilitación, control y vigilancia y operación para evitar que las entidades territoriales sean juez y parte.
15	*Jorge Tamayo Salud Total*	Resalta la importancia de los CAPS como una instancia con alta resolución. Sugiere que las gestoras realicen el convenio de desempeño de los CAPS para garantizar la supervisión y seguimiento efectivo de la prestación y obtención de resultados en salud. Está de acuerdo con la implementación del manual tarifario único, pues si el costo es similar se genera una disminución de costo entre territorios, pone el ejemplo de trasplante de médula ósea, donde es más económico trasladar el paciente a Bogotá donde el costo es ⅓ del de Barranquilla por ejemplo. Señala que se debe pensar la red en términos de suficiencia, para que se garanticen todos los servicios y atenciones necesarias.
16	*Jorge Toro Asociación de IPS*	Resalta la importancia de este capítulo dado que es el que garantiza el acceso a salud. Considera que existe una dificultad en materia de talento humano ya que este, según su consideración, no tiene incentivos para llegar a la alta complejidad en las regiones. Manifiesta su preocupación sobre la profesionalización de las redes, la capacidad instalada y la conformación, entre otras. Señala que para el usuario debe ser transparente como se mueve en la red.
17	*Sandra Milena Jimenez* *ANEC*	Considera que el PL debe subsanar el vacío jurídico sobre quién será el responsable de los servicios de salud en caso de que no sea el indicado para la población, ser explícito en si serán las secretarías de salud departamental, municipal, nacional o las gestoras de acuerdo a sus funciones. Resalta la necesidad de adecuar el manual tarifario, ya que las enfermeras se encuentran en la hotelería de los servicios de salud, la enfermería debe tener espacios específicos y cupos con pagos diferenciales. Reforma al manual tarifario es una deuda de la ley 100 Garantizar seguridad y calidad de los servicios de atención, para ser equiparables
18	*Augusto Galan Grupo de exministros*	Considera que en el articulado no es clara la ruta del paciente en estos artículos. Considera que el diseño del sistema puede generar barreras de acceso. Considera que no hay claridad sobre la gestión de riesgos en salud, gestión de la conformación de redes y el sistema de referencia y contrareferencia. Manifiesta que les gustaría que se generaran mayores incentivos a las entidades que han realizado inversiones para la acreditación.
19	*Santiago Marroquin* *Aliadas*	Desarticulación alrededor de la creación de las redes, debe haber una ruta clara para los diferentes actores, especialmente para pacientes y usuarios que no se ven en el articulado. Se genera el interrogante de qué va a pasar con las redes existentes, inquietud sobre el alcance de las entidades territoriales, especialmente las de los territorios que no cuentan con la capacidad instalada para atender todas las necesidades en salud
20	*Juan Carlos Giraldo* *Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas*	Art. 26: clave del PL. tiene una declaración muy valiosa, fundamental para la confianza y la fe pública, declaración que la red va a ser pública, privada y mixta. No es cierto que haya una desaparición de las capacidades instaladas. De facto, esto es una red con el 80% privado, eso no se puede perder. A pesar de que se hace esa declaración se debe hacer un registro, registro que pasa por una aceptación de condiciones. El registro debe concentrarse en la habilitación. El régimen de tarifas no puede ser el punto central de la conversación. Nivel primario y nivel complementario. Va a haber una segmentación. Como se clasifica una entidad especializada, donde se va a ubicar, es primario o complementario. Si hay un seguimiento cruzado se puede convertir en una zona gris que presente problemas en la operatividad del sistema, El parágrafo 4 de las entidades acreditadas es valioso. Ahí es el espacio para desarrollar el SICA.
21	*Felix Martinez Director de la ADRES*	Necesidad de la territorialización de la red donde lo importante es la contrarreferencia, se garantiza manejo nacional de enfermedades de alto costo ya que existen pocos prestadores que pueden atender necesidades muy específicas. Las redes se encuentran en permanente comunicación, y se genera un proceso de planeación y habilitación de la red para garantizar servicios pertinentes. Finalmente, uno de los objetivos es la realización de compras centralizadas.

Artículo 29. Centro de Atención Primaria en Salud.
Artículo 30. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS.
Artículo 31. Sistema de referencia y contrarreferencia.
Artículo 32. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.

22	*Alvaro Molina mesa de Asociaciones de Usuarios*	A su consideración, reiteran, debería existir un solo responsable de gestionar el riesgo en salud. Consideran que la adscripción vulnera el derecho a la libre elección tanto en prestadores como en la gestora. Manifiesta que no le queda clara la figura de unidades zonales de evaluación y planeación, le parece que esta figura se traduce en la duplicidad de funciones a cargo de otros entes.
23	Patricia Guzman *Gerente de* *ASOCAJAS*	Insistir en que los convenios de desempeño con la APS deben ser suscritos por las gestoras de acuerdo a parámetros y criterios definidos por el ministerio y secretarías de salud, así, los acuerdos e indicadores de resultados y calidad deberían ser desarrollados con las gestoras.

		Frente a la organización de los CAPS, resalta que uno de los avances del sistema ha sido el registro de usuarios, trabajo que el sistema no puede perder. Existen procesos estandarizados por las EPS que pueden retomar las gestoras, por tanto la **adscripción** debe ser ejercida por las éstas incluyendo criterios de georeferenciación. El ejercicio de caracterización de riesgos en salud a nivel territorial ya se ha trabajado desde el asegurador, la reforma plantea un ejercicio de 0 que puede retomar de la experiencia existente. Los planes de salud familiar deben articularse con las ARL y generar una vinculación entre los riesgos laborales y personales, ya que los primeros se están pagando a través de la UPC. Articulación de las gestoras, debe haber claridad en los responsables, estas deben ser las responsable del proceso de organización y articulación de la referencia y contrareferencia
24	*Clemencia Mayorga Acuerdos fundamentales*	Manifiestan estar de acuerdo con lo referente a la naturaleza pública, privada o mixta de los CAPS. Señalan su preocupación frente a la adscripción poblacional, consideran que la afiliación, y no la adscripción, es la única figura que permite ofrecer al paciente una ruta sin barreras. Consideran que algunas funciones de los CAPS van más allá de su capacidad y funcionalidad como la atención al ciudadano y la gestión de incapacidades y licencias de maternidad, entre otras. Señalan que no está clara la responsabilidad de un único actor en el sistema. En el mismo sentido, solicitan que el sistema de referencia y contrarreferencia se maneje en una única ruta y por un solo actor.
25	*German bayona FMC*	De acuerdo con los artículos leídos. No les genera inconformidad el hecho de que la adscripción se realice en el CAPS ya que el que tiene que conocer los riesgos de quien atiende es el CAPS, quien a su vez reporta a la gestora. La gestora no maneja recursos, quien tiene la información sobre la población es la ADRES, de hecho las gestoras envían errores de doble información a la ADRES. Punto ligado al sistema de información Artículo 29, cuando los CAPS asumen las funciones importante definir que eso le generar una remuneración adicional por cumplir el papel de gestora Como FMC les preocupa el talento humano en salud, agregar literal donde se garantice la estabilidad y protección de los derechos. Es necesario reglamentar el monitoreo de la autonomía profesional, prescripciones de medicamentos, eficacia entre marcas, para garantizar el uso racional de recursos.
26	SINDES	Celebra los artículos leídos sobre los CAPS porque es allí donde se ve el regreso de la Atención Primaria a los territorios luego del caos generado en el sistema por la Ley 100, bajo la cual se entendió la salud como un negocio y se acabaron los puestos de salud que brindaban APS por no ser rentables. En la salud pública la rentabilidad es social, no financiera. Esto devuelve la salud a las regiones alejadas.
27	*Olga Lucia Zuluaga* *Acesi*	Se encuentran de acuerdo con los CAPS y sus funciones, la adscripción es distinta a la afiliación. Con la estructura propuesta se reduce el gasto de bolsillo, en la actualidad los traslados asociados a presencia de la EPS a nivel nacional y no a la cercanía a los servicios. Problema en el ejercicio e implementación de la APS en la actualidad por problemas de facturación al tener una red fragmentada. Genera eficiencia que un equipo conozca lo que le ocurre a la persona, familia, comunidad.
28	*Galo Viana GestarSalud*	Considera que, si bien está de acuerdo con la figura de los CAPS, esta puede generar riesgos asociados a la creación de nuevos mercados siempre que se permita el surgimiento de CAPS, dado que esto podría contribuir al desarrollo de lógicas de cartelización para captar recursos de los CAPS. Propone que los hoy existentes centros de salud ambulatoria se conviertan en CAPS. Frente al proceso de transición, considera que el articulado debe ser explícito en que las pacientes permanecerán en sus IPS asignadas hasta tanto se desarrollen los CAPS. Señala que debe existir un proceso de transición que impida la competencia por el subsidio a la oferta promoviendo el proceso de transición de IPS a CAPS. Considera que es la gestora quien debería hacer la gestión de riesgo en salud y no los CAPS porque es la primera quien tiene mayor capacidad para este propósito.
29	*Juan Carlos Giraldo* *ACHC*	Paso a CAPS públicos privados y mixtos Procesos que deberían ser de las ET con enfoque de salud pública y participación social. Art 30. habla de adscripción y posibilidad de que se haga por preferencia de los usuarios, hay un proceso de libertad de escogencia, abre puerta a un problema que se debe ajustar en la reglamentación y es si ¿va a existir competencia entre los CAPS? A diferencia de algunas voces , manifiesta que en el sistema actual no hay libertad de elección en la prestación de servicios, escogencia de especialistas o sedes de atención. Preocupan las coordinaciones en el articulado, todos coordinan con todos en varias funciones, eso se convierte en zona gris, existe hay traslape en competencias y es mejor que quede bien acotado.
		Art 31. La referencia y contrareferencia funciona y hay espacio de reglamentación, las unidades zonales de planeación riñen con las secretarías de salud y planeación, no queda claro si redunda en otras instancias y cual es su función exacta , El SGP debería ser el competente para realizar esa financiación.
30	*Felix Martinez Director ADRES*	Cuando uno habla de CAPS sigue pensando en un sistema de demanda si se entiende como una puerta de entrada a un sistema. NO. No es la entrada, es el centro del sistema. Todo el sistema, todas las redes, vienen a apoyar a quien está cuidado la población, el eje del sistema, los CAPS. Tener clara la población, los riesgos en salud de mi población. Los riesgos se manejan con los determinantes sociales El trabajo del cuidado de la salud con las comunidades. Es una receta internacional, no es un invento. Los sistemas de salud que han tenido éxito internacionalmente son precisamente los que integran este sistema. Tenemos 900 municipios sin la capacidad técnica para el cuidado de la salud de la población. TENEMOS QUE TENER LA CAPACIDAD DE APOYAR A LOS PEQUEÑOS MUNICIPIOS Esto obedece a un proceso de descentralización.
31	*Acemi*	Sobre el subsidio a la oferta, inquietud sobre el principio de eficiencia y si se justifica un sistema de financiamiento distinto, propone subsidio a la oferta solo en los territorios. La iniciativa rompe el financiamiento entre atención primaria y mediana complejidad, riñe la UPC y subsidio a la oferta. Se genera la interrogante sobre ¿cuáles son los incentivos de los CAPS?, convenios con unidades zonales de planeación y no con las gestoras, las Gestoras hacen un control ex post y no pueden manejar la verdadera gestión del riesgo e indicadores de salud. Manifiesta duplicidad y triplicidad de roles y labores por fuera del que hacer de un CAPS. Queda en duda si el CAPS es prestador y/o asegurador.
32	*Mery Bolivar* *fededepartamentos*	No esta claro quien va a realizar el modelo predictivo. No esta claro en las funciones de ningún actor. No se observa en las funciones de los caps algo relacionado con gestión clínica. Responsabilidades de los actores. Quien va a hacer las funciones que hoy estan en la 1122 para las EPS, garantia en la calidad de la prestación y la representación del afiliado. Unidades Zonales de Planeación. Consideramos que es importante tener nuevas fuentes de financiamiento porque estamos tomando recursos del aseguramiento para financiar unidades zonales. Si se asignan funciones nuevas deben haber nuevas fuentes y no definanciar el aseguramiento en salud
33	*Eduaro Guerrero* *Asociación Colombiana de Salud Pública*	Los CAPS no pueden reemplazar a las Gestoras y no deberían cumplir demasiadas funciones administrativas para no crear distorsiones, es necesario definir un CAPS como centro modular que busca atención resolutiva. No debería ser asunto de mercado, se deben establecer regiones autónomas y suficientes en prestación de servicios, las Gestoras son actores de vida y en función de esto deben realizar proyección de objetivos y proyección de servicios. Planificación de la autonomía regional.
		CAPÍTULO III: INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO **Artículo 33.** Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. **Artículo 34.** Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. **Artículo 35.** Órganos de dirección y administración de las ISE. **Artículo 36.** Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH).
34	*ACESI*	Art. 35: sugieren que, paralelo a la clasificación de las instituciones de salud del estado, que dicha clasificación permita un cambio de las responsabilidades administrativas de esta ESE ahora ISE. Art. 36: se pueda invertir en infraestructura de hardware y software.
35	*Clemencia Mayorga* *Sociedades Cientificas*	De acuerdo con el fondo de este bloque de artículos. En los Art. 33-36 de acuerdo con las transferencias directas a las ISE y subsidio a la oferta en el primer nivel. Necesidad del fondo de infraestructura. Llamado a dar claridad en la exposición de motivos se cuenta con un costo del talento humano en salud contradictorio. El 71.37% se encuentra tercerizado, mecanismo de contención de costos. No asumir que esos costos ya están incluidos, No vale lo mismo el personal tercerizado que liberalizado, solicitan coherencia y considerar recursos que deben apropiarse de forma adicional. Los hospitales públicos no tienen la capacidad financiera para incluir al personal en salud, resulta en un canto a la bandera. Necesidad del régimen especial para el sector salud, donde se defina carrera administrativa.
36	*Hernan Bayona* *Federación Médica Colombiana*	Estamos completamente de acuerdo entendiendo que hay que despolitizar y blindar de la politiquería la salud y todas las instituciones de salud del estado. De acuerdo con la necesidad de formalización laboral. Sobre la inversión en hardware y software En qué momento vamos a tener la conectividad como uno de los determinantes sociales de la salud.
37	*Juan Carlos Giraldo*	Bienvenido el capítulo 3.

	ACHC	De acuerdo con las compras conjuntas o centralizadas cuyo objeto es disminuir precios en insumos, medicamentos y tecnologías, pero hay que ser cuidadosos para hablar de precios garantizando niveles de calidad. Celebra la validación de competencias como un examen de estado, entiende las necesidades locales y la interacción con la política territorial y la capacidad de las personas para ejercer esos cargos Necesidad de fondos de infraestructura, posibilidad de convertir el fondo en una financiera hospitalaria no sólo para hacer transferencias, sino convertirse en una estructura que fomente el sistema de salud, infraestructura, innovación tecnológica , estilo de financiera hospitalaria nacional, que le pueda prestar recursos al sector privado para conseguir beneficios. Accesos privilegiados a modo de incentivos en el sistema.
TÍTULO V: PERSONAL DE SALUD **Artículo 37.** Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual en salud. **Artículo 38.** Identificación Única del Talento Humano en Salud. **Artículo 39.** Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. **Artículo 40.** Régimen especial para trabajadores públicos del sector salud. **Artículo 41.** Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. **Artículo 42.** Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas.		
38	*Hernan Bayona FMC*	Las Becas son loables y pertinentes con los objetivos de la reforma, el problema de permanencia en los programas está asociado a las características de contratación y adecuada remuneración. Rethus: Debe volver al ministerio de salud así como el registro de talento humano, necesidad de que no tenga costo bajo ningún concepto, permite censo de necesidades y con esto priorización. Loable el régimen laboral pero a los trabajadores de la salud del sector privado no les garantiza nada la reforma. Quieren que el régimen especial se extienda al sector privado. Contratación de acuerdo a las necesidades particulares. Se unen al llamado de ACOME a la necesidad de examen único nacional para el acceso a especialidades médicas, que se ha convertido en un instrumento de clientelismo y consideran factible su inclusión en la la reforma
39	Patricia Guzman *Gerente* *ASOCAJAS*	Solicitan que se fortalezca la formación de perfiles específicos como auxiliares en enfermería y de nuevos perfiles como por ejemplo gestores de salud. Aluden que este modelo de perfiles específicos técnicos ha tenido resultados positivos en países europeos como Alemania.
40	*Alvaro Molina* *Mesa de asociaciones de usuarios*	De acuerdo con la dignificación laboral y el fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores para especialidades, no solo con la dignificación laboral y con las becas se resuelve el potencial déficit de personal en salud.
41	*Sandra Milena Jimenez* *Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC*	En interpelación a la intervención de asocajas señala que los auxiliares de enfermería realizan un ejercicio básico de asistencia directa básica y no una labor de salud pública. En colaboración con MinTrabajo han estado trabajando en la búsqueda activa de enfermeras, las cuales fueron borradas del sistema de salud con la ley 100, lo que provocó un déficit de personal de enfermería; mientras que en colombia hay 1 enfermera por cada 100 pacientes el promedio de la OCDE es 1 por cada 10. Con apoyo del Consejo Técnico Nacional de Enfermería se está intentando ampliar las plazas para acceder a las becas de enfermería con el fin de subsanar el déficit. Para impedir que la brecha se siga ampliando, adicional a las becas, se deben mejorar las condiciones laborales para combatir la fuga de cerebros de enfermeras que se van a ejercer como auxiliares en Europa.
42	*Eduaro Guerrero* *Asociación Colombiana de Salud Pública*	Importancia del servicio social obligatorio que no se menciona en la iniciativa. Dificultades en la inserción al mercado laboral del THS, necesidad de fortalecer el servicio social obligatorio e incentivos a permanecer en los territorios. Las personas tienden a eximirse de esta responsabilidad con soportes falsos, plantea la posibilidad de generar sorteos regionales. El sistema necesita personal para garantizar APS en los territorios. Financiar de forma continua los equipos territoriales, incrementar las capacidades y requisitos para ser parte los equipos territoriales, unificar modelos de contratación. Eliminar intermediarios y tercerización para la contratación y pago del personal de salud, debería ser sancionatorio el incumplimiento en el pago.
43	*Hernan Bayona FMC*	frente a la intervención anterior, señala que para el aumento de plazas del servicio social obligatorio no se requiere esperar Se quedan muchas personas sin plazas para el servicio social obligatorio que son fundamentales, no solo para dar respuesta a las necesidades del país en zonas apartadas, sino para terminar la formación. En Colombia estamos por debajo del promedio de médicos requeridos por cada mil habitantes. Hay una gran concentración de médicos en las ciudades pero en las zonas rurales hay un gran déficit. El MinTrabajo debe crear un espacio para responder a las formas de contratación del talento humano en salud. La situación es crítica para los trabajadores de la salud. El país le debe el sistema de salud a los trabajadores de la salud. Las deudas sobre las IPS terminan castigando a los trabajadores.
44	*Jorge Toro*	Le hacen falta artículos que enviaran como propuesta al correo.
	Asociación de IPS	Política de talento humano y calidad de la prestación en salud, debe trabajarse en conjunto con el ministerio de educación, se le ha propuesto a ASUN las competencias actuales de los profesionales , a los prestadores les toca asumir parte de la formación. Déficit de la calidad y competencia, necesidad de becas, pero esto riñe con la autonomía universitaria (cupos),
45	*ASINFAR*	¿Qué médicos estamos formando? el mercado educativo lanza lo que demanda el sistema. Aquí hay muchos médicos generales que luchan por ingresar a una especialización porque este sistema se subespecializa al punto de ser ineficiente y costoso. Hablar de la prestación del servicio es hablar de un modelo de prestación que este país nunca ha tenido. Debemos recuperar la capacidad resolutiva de los médicos. Debemos procurar devolverle la capacidad resolutiva a los médicos generales y demás profesiones de la salud a partir de un proceso de educación continua. Hay 300 oncólogos y más de 3000 centros oncológicos. Si esto se complementa con recursos para devolverle la capacidad resolutiva a los médicos generales para empezar de esa base a plantear el modelo de prestación.
46	*ACHC*	El esfuerzo por dignificar la profesión debe respetar el Código sustantivo del trabajo. Invitación a armonizar los artículos, cumplimiento de normas y respetos por el trabajo pues se presentan contradicciones entre los artículos, no se puede hablar de contrato laboral como norma y a su vez establecer excepciones, cuando se presente escasez de profesionales la modalidad que convenga.

MESA TÉCNICA DÍA # 4

En Bogotá, D.C., el día 9 del mes de octubre de 2024, siendo las 8:30 am, se reunieron de manera presencial en el salón Monserrate del hotel Tequendama, distintas organizaciones, asociaciones, agremiaciones y demás representantes de actores relevantes del sistema de salud, para dar continuidad a los ejercicios de participación social y concertación del PL 312 de 2024.

Metodología:

Se acuerda realizar la lectura del proyecto de ley de acuerdo con el orden en que se encuentra escrita la iniciativa para realizar la discusión por artículo o grupos pequeños de artículos.

Se sugiere a los invitados a la mesa técnica que la intervención debe girar en torno al artículo o grupo de artículos leídos haciendo énfasis en aspectos a favor, en contra o por mejorar, con el ánimo de enriquecer la propuesta radicada por el Gobierno Nacional.

Adicionalmente, se solicita adjuntar los documentos de síntesis, investigaciones, soportes y propuestas de redacción al correo ponentesreformasalud@gmail.com

Representantes a la cámara y asesores presentes

- María Eugenia Lopera Monsalve
- Alfredo Mondragón Garzón
- Jorge Alexander Quevedo
- Camilo Esteban Ávila Morales
- Martha Lisbeth Alfonso Jurado
- Londoño
- Katherine Juvinao
- Martha Alfonso

Entidades de gobierno presentes

- Guillermo Alfonso Jaramillo, ministro de Salud y Protección Social
- Juan Fernando Cristo, ministro del interior
- Jaime Hernán Urrego, viceministro de Salud
- Luis Alberto Martínez, viceministro de Protección Social
- Félix Martínez, director ADRES
- Edilma Suarez Superintendente delegada para entidades de aseguramiento en salud
- Asesores ministerio de interior
- Asesores ministerio de salud

SECCIÓN A ABORDAR: TÍTULO VI: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL; TÍTULO VII: DISPOSICIONES GENERALES; TÍTULO VIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS; Intervención del Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre el aval fiscal de la reforma

TÍTULO VI: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL **Artículo 43.** Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. **Artículo 44.** Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 por 2019: Infracciones administrativas. **TÍTULO VII: DISPOSICIONES GENERALES** **Artículo 45.** Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas. **Artículo 46.** Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. **Artículo 47.** Regímenes Exceptuados y Especiales.		
1	*Eduardo Rodriguez* *Asociación Colombiana de*	Con relación al rol de la Superintendencia Nacional de Salud, considera que al transformar el sistema de salud a un sistema que garantiza resultados en salud, es importante fortalecer su rol en temas de resultados de salud

	Salud Pública	pública, entrega de medicamentos y cumplimento del plan decenal de salud pública La actual estructura de la SNS tiene una alta incidencia en temas financieros pero no en resultados en salud.
2	*Jorge Toro Asociación de IPS*	Considera que se debe fortalecer el capítulo para especificar los roles que desempeña cada actor con el fin de evitar que las funciones se traslapen y existan entidades que ejerzan como juez y parte. Considera que debería existir un artículo que enmarque la competencia misma de la super en este nuevo modelo.
3	*Edilma Suarez* *Superintendente delegada* para entidades de aseguramiento en salud	Las funciones de la SNS se encuentran contenidas en las leyes 1122, 1439 y 1949, sin embargo, la reestructuración que sufrió la entidad en el 2019 le quitó dientes. La propuesta es robusta en términos de IVC, e incluye el componente técnico y científico que contempla la entrega de medicamentos. A nivel de supervisión financiera, cuestiona el papel de la SNS en 2020 y porqué no realizó las intervenciones correspondientes a los hechos que ha expuesto la contraloría a través de sus investigaciones. No es necesario redactar nuevos artículos, se requiere recuperar el enfoque de gestión del riesgo y su capacidad técnica que se ha ido desmontando en las últimas administraciones (reducción del equipo actuarial, por ejemplo). La SNS puede aplicar los enfoques que considere, la norma existe, lo que se necesita es cumplirla Los ajustes deben orientarse a garantizar IVC. Frente al talento humano en salud, existen vacíos en las normas existentes, la SNS debe exigir que las instituciones de salud cuenten con el talento humano necesario, calificado, suficiente, con garantías laborales, este aspecto no está claro en la 1122 ni normas posteriores. Artículos sobre talento humano fueron revisados y avalados por MinTrabajo
4	*Mery Bolívar fede departamento*	Señala que en el artículo 43 debería incluirse la paliación. Considera que se debe revisar el alcance de las nuevas competencias que tendrían la SNS y las entidades territoriales para evitar que existan actores que cumplan roles como juez y parte.
5	*Olga Lucia ACESI*	En el articulado del proyecto archivado se hablaba de levantamiento del velo corporativo. Necesidad de incluir este aspecto con la transformación de las EPS a gestoras para conocer la integración que no es visible y que genera flujo de recursos a prestadores de forma privilegiada. Importante tener claridad sobre los verdaderos beneficiados del sistema.
6	*centros expertos de programas especiales*	Señala que para que haya transparencia en el sistema de salud es necesario que los grupos empresariales declaren abierta y públicamente sus conflictos de interés.
7	*Hernan Bayona FMC*	Las funciones de la SNS se encuentran escritas en la norma, la no implementación está relacionada a la forma en que el superintendente está nombrado, es una instancia técnica que debe ser manejada como tal, no políticamente. El manejo político es el que ha dado paso a la crisis, plantea que el superintendente tenga las condiciones profesionales y el candidato sea sometido a algún examen donde se aseguren sus calidades técnicas. El levantamiento del velo corporativo es fundamental no solo para la transformación a gestoras, revelación de la verdadera integración vertical y responsabilidades sobre el mal manejo de los recursos de la salud, sino por la futura conformación de las redes. Con el cambio en la estructura del sistema, cambia el negocio, y se traslada a la prestación de servicios, por lo que es importante conocer a profundidad las relaciones del sistema. Se requiere el levantamiento del velo corporativo para las IPS. Celebra artículos orientados al personal de salud
8	*Francisco Castellanos Org. para la defensa del paciente*	Celebra que el PL refuerce las funciones del SNS. Se manifiesta en acuerdo con el levantamiento del velo corporativo toda vez que el escrutinio público es un derecho que todos tenemos.
9	*Alvaro Molina usuarios*	Necesidad de tener una SNS técnica. Posibilidad de que la designación del Superintendente se realice a través de un mecanismo de ternas, técnico y transparente para evitar el manejo político de la salud.
10	*Mario Cruz el asesor tecnico acemi*	Considera que en los regímenes especiales y de excepción hay una posibilidad de ahorro al incorporar estas poblaciones, con excepción de los militares, al sistema general. Señala no estar de acuerdo con los regímenes especiales.
11	Edilma Suarez Superintendente delegada para entidades de aseguramiento en salud	Frente a la intervención de Mario Cruz manifiesta que no se haya hecho en el pasado no significa que no se esté haciendo en la actualidad, desde la SNS se encuentran realizando auditorías a las universidades, cierres respectivos a los, control sobre ARL y SOAT. De acuerdo con el régimen de salud único.
TÍTULO VIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS **Artículo 48.** Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. **Artículo 49.** Vigencia		
12	Ana Maria Vesga	Señala que en este artículo hay más de 10 remisiones a la reglamentación, como por ejemplo las condiciones que deberán cumplir las EPS para
	ACEMI	transformarse o no en gestoras. Considera que el proceso de transición solo inicia hasta que el ministerio emita la reglamentación sobre las condiciones para la transformación de las EPS. Considera que si las EPS no tienen el manejo y control de los recursos, dada la inmediata implementación del giro directo a cargo de la ADRES, no operarían en la lógica del aseguramiento. Señala que le preocupan las funciones que deben asumir los CAPS cuando no haya Gestoras. Considera que en el articulado la nueva EPS se deforma y representa un riesgo material para los usuarios.
13	*Patricia Guzman Gerente salud* *Asocajas*	En el literal 14 contemplar la posibilidad de nuevas gestoras en el sistema pues eventualmente pueden existir entidades interesadas. Propuesta de redacción donde plantean que en un término no superior a 6 meses se deben incluir las condiciones y estándares técnicos administrativos y técnicos para la transformación de EPS a gestoras. Incluir un nuevo literal que establezca mecanismos para otorgar liquidez inmediata para los actores del sistema.
14	*Eduardo Dueñas mansosalva* *Centros expertos en programas especiales CEXPES*	Considera que para hablar de transición es necesario hablar de la coyuntura; así, es fundamental proteger a los pacientes y garantizar el acceso efectivo a la salud, tanto en la transición como en la crisis actual. Por ejemplo, en la crisis actual los afiliados a las EPS Asmet Salud y Emssanar están viendo vulnerado su derecho a la salud. Considera fundamental que se dé más claridad en el artículo y se incluyan elementos que garanticen la protección de la salud, la vida y la integridad de todos los pacientes.
15	*Francisco Castellanos* *Organización de defensa paciente*	A la organización le preocupa que los pacientes que cuentan con tratamientos en curso queden suspendidos. Incluir parágrafo que indique las entidades sucesoras procesales de los fallos de tutela ejecutados, no se sabe si serán las gestoras, prestadores o ministerios. Los usuarios quieren un parágrafo donde se indique el responsable ante los fallos de tutela , pero en el articulado no es claro.
16	*Cecilia Vargas asociación nacional de enfermeras de colombia*	Señala que no encuentra sustentos para las preocupaciones de los anteriores intervinientes toda vez que la gran mayoría de elementos ya están contemplados a lo largo del PL en líneas generales, por ejemplo, se encuentra como van a estar protegidos los pacientes durante la transición, se garantiza la protección, la continuidad de los tratamientos y la atención directa de los pacientes.
17	*Anuar Rodriguez Andi*	El tamaño de los cambios en el sistema sustituye la estructura existente, el periodo de transición es corto y deja expuesto a los pacientes. El texto presenta contradicciones, por un lado establece cumplimiento de condiciones para la habilitación de las gestoras que en otros artículos parece obviarse.
		Vacío en la transición, alta carga sobre la Nueva EPS en un escenario donde no se conocen sus EEFF, no se menciona la coyuntura crítica en materia de financiera en el periodo de transición. No hay análisis claro de las normas que se van a derogar y cual va a ser el régimen jurídico en la transición.
18	*Bayona Asociación medica colombiana*	Señala, en respuesta a los anteriores intervinientes, que el PL no introduce nuevos actores, mantiene los mismo actores que hoy existen en el sistema pero cambia, en algunos casos, las funciones que desempeñan en el marco de la transformación hacía un modelo con un enfoque preventivo. Considera, por tanto, que el financiamiento del sistema en materia de funcionamiento, no de inversión, no cambia, cambia quien administra dichos recursos. Señala que en este capítulo se garantiza la continuidad en la atención del servicio en la transición y para que ello efectivamente pase se busca fortalecer la SNS, no obstante, para ello, se requiere aumentar la resolutividad de la SNS y asignarle más recursos para fortalecer los canales de denuncia. Considera que se debe proteger al trabajador haciendo explícito que quienes están en las EPS van a ser direccionados a los CAPS y a los propios gestores de salud y vida. Solicitan que este artículo diga explícitamente que "deroga la ley 100 y las demás disposiciones que le sean contrarias a la ley estatutaria".
19	*Mery Bolívar* *Federación nacional de departamentos*	Con el proyecto se modifica el instrumento que materializa el acceso al derecho a la salud, no es necesario derogar la ley 100 sino el capítulo asociado al sistema de salud. La iniciativa no hace referencia a la reglamentación del artículo 2 de la ley estatutaria sobre participación ciudadana, ni el art 15 de prestaciones en salud, así mismo, no modifica la generación de recursos. La CPC art 48 establece que el derecho a la salud es un derecho irrenunciable por tanto no se puede cesar la operación de afiliación, en el nuevo sistema no es claro si la adscripción reemplaza la afiliación, aspecto que puede ir en contra del art 48-49 CPC. No es claro si se tienen contratos, acuerdos de voluntades, llamado a la claridad entre las relaciones de los actores y funciones que deben cumplir. El art. 11 Sobre la Nueva EPS, mecanismo robusto de garantía al derecho, donde la institucionalidad es clave. El articulado no contempla fusiones, compras, nuevas gestoras, y otros mecanismos previstos en el estatuto financiero. No hay referencia a los pasivos contraídos por los diferentes actores del sistema, el concepto de hacienda contempla la transformación del sistema en el escenario de cuentas saldadas y pasivos al día.
20	*Olga Lucia Zuluaga*	Solicitan que, en el numeral 12, se cree una obligación para garantizar el derecho a la salud. En concreto, solicitan se modifique "CISA podrá" por

	Acesi	"CISA hará". Considera que en el periodo de transición es fundamental que quede muy claro cómo se va a garantizar el flujo de recursos para que no se generen las dificultades asociadas a las liquidaciones de diversas entidades del sistema.
21	*Maria Doris Gonazlaez SINDES*	Desde los trabajadores de la salud, están de acuerdo con los cambios propuestos en la reforma ya que contempla a todos los actores del actual sistema y construye sobre lo construido. La transición construye, no excluye a nadie, reasigna roles. La realidad es que algunos sectores quieren que se mantenga la estructura actual, los trabajadores requieren un cambio, han sido de los más afectados del sistema. Es falso que las EPS se quiebran, los recursos llegan pero se quedan en el camino.
22	Pedro Velandia *Asociación Colombiana de Sociedades Científicas*	Considera que en el periodo de transición se prioriza la contratación del talento humano en salud en los CAPS pero no se menciona la mediana y alta complejidad. Celebra que haya una priorización del pago de las deudas con el talento humano en salud, sin embargo, no está de acuerdo con que se anude a las EPS. Señala que la prioridad de la reforma debe ser la laboralización de los trabajadores de la salud porque considera que actualmente no se ha avanzado en esta materia.
23	*Alvaro molina*	Propone un proceso de transición escalonada, donde la implementación del CNS es prioritario, es un escenario donde se puede desarrollar la misma transición. Necesidad de nuevas fuentes de financiación para el sistema. Un periodo de 2 o 3 años para una transición a actores que no van a existir, no van a existir EPS, Gestoras, prestadores, gestores farmacéuticos y usuarios. La crisis no la genero el gobierno actual, es una crisis acumulada, que es necesario resolver, hoy la SNS es la EPS más grande del país, una cosa es el giro directo y otra la suficiencia de los recursos, tras la intervención se ha evidenciado deterioro de los servicios, La mejor transición es resolver la crisis.
24	*Augusto Galan Grupo de exministros - Así vamos en salud*	Considera que la UPC es insuficiente y, al no mencionarse el PBS en el articulado, los recursos de la UPC tienen que seguir financiando la misma cantidad de servicios en salud al mismo costo o, a su consideración, mayor en algunos casos. Además, considera que en el PL se sobrestima el impacto de la prevención. Así, considera que se requieren nuevas fuentes de financiamiento para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.
25	*Eduardo Guerrero Aso Colombiana de Salud pública*	Falta generar un proceso más claro sobre las consideraciones planteadas en la transición. Recomienda que el CNS y CTS sean lo primero que funcione del sistema, que hagan parte del diálogo nacional y regional para la implementación de la transición. Sistema que avanza a lo territorial, desde ahora se puede legitimar un proceso acelerador en que los territorios empiecen a mirar las EPS que estarán en su territorio. Empezar a tener preacuerdos antes de la aprobación de la ley. Transición en apertura de los CAPS, se delimite el hecho de que los CAPS se puedan convertir en Gestoras, fase de transición en la expansión de los CAPS. Crecimiento los equipos de salud e infraestructura sanitaria Revisar tiempos y coherencia en el tránsito a Gestoras y manejo de las EPS intervenidas
26	*Santiago Marroquin Aliadas*	Considera que como actualmente los actores del sistema están impactados, el artículos de transición debería atender la crisis actual. Expresa su deseo de que en el PL hubiera una ruta metodológica clara y concreta sobre el pago del gobierno a las EPS y el pago de estas a la cadena de valor durante este periodo de transición. Sobre el saneamiento de las carteras, considera que se podrían copiar modelos liquidatorios de otros sectores como el sector financiero. Finalmente, hace un llamado a revisar el destino de cada uno de los actores del sistema, en concreto, sobre los nuevos roles a desempeñar y el funcionamiento del sistema bajo un escenario de liquidación de los actores.
27	*Galo Viana Gestarsalud*	Periodo de transición con continuidad en la atención, permanencia en el centro y EPS que lo viene atendiendo, ese punto quedó claro. Puede mejorar la conformación de la red entre gestora y ET, los prestadores se certifican en el Adres y hacen acuerdo macro, la responsabilidad financiera ya no queda en la gestora y es la gestora la que hace el convenio de desempeño en la mediana y alta complejidad, este proceso debe articularse con la transformación a gestoras, ips a CAPS, ESE a ISE. Como no todos los CAPS son públicos, hacer las claridades pertinentes. Acoge la idea de guerrero. Proceso complejo, que requiere una ruta definida. Cualquier cambio genera afectaciones económicas, no se pueden asignar responsabilidades a entidades que no tienen recursos. Como una entidad que no tiene recursos asumir responsabilidades (no es claro si se refiere a los prestadores o gestoras) Gestora no va a tener recursos
28	*Juan Carlos Giraldo*	Señala que la transición debe estar bien planificada y se debe propender por no cometer los errores del pasado. Considera que debe establecerse un plan

	hospitales y clínicas	de liquidez para los actores del sistema. Señala la necesidad e importancia de contar con un plan de comunicación y pedagogía para que los pacientes conozcan las rutas de acceso al sistema y se les garantice el goce efectivo de su derecho a la salud. Considera que los plazos establecidos en el proceso de transición se deben armonizar. Se manifiesta en contra de brindar a las gestoras 4 años de plazo para el saneamiento de sus finanzas sin importar si desean transicionar a gestoras o no, considera que 4 años es una amnistía y solicita que para aquellas EPS que decidan transicionar a gestoras se establezca un plazo de máximo un año. Solicita que se mencionan de forma explícita las herramientas para la transición, como propuesta señala la habilitación del fondo de garantías y el CISA, entre otros. Resalta la importancia del giro directo universal. Considera que debería retomarse, por las nuevas funciones que asumirá la Nueva EPS, las determinaciones de capitalización.
29	*Jorge tamayo Presidente salud total*	Los recursos llegan pero no son suficientes, llamado de atención a validar el papel de las gestoras y su función de asegurador. Si no se acelera el paso a gestora no va a haber gestoras en el sistema, asumen el cambio, entregando el riesgo financiero y asumiendo el riesgo en salud. Sin una transición rápida, las EPS no podrán llegar a ser gestoras, en la actualidad tienen un problema grave de suficiencia de recursos. Diferenciación entre planes voluntarios de salud, si no quiere ser gestora pueda brindar estos servicios.
30	Alvaro Puerto *Centros expertos en programas especiales CEXPES*	Proponemos un gran fondo intersectorial que permita hacer cosas finalmente en los territorios como acueductos, baterias sanitarias y otros determinantes de la salud hoy hay mas de 16 b de pesos perdidos. hay una plata que no existe, no va a llegar y no se va a pagar. Necesitamos colocar elementos que nos permitan avanzar, hoy hay instituciones que estan negando el servicio. Si no planificamos la transición todos se van a quedar esperando que llegue un dinero que no existe y no se va a entregar necesitamos el incremento de las tarifas todo ha quedado en manos de los trabajadores
	Temas que no se incluyen en el articulado	
31	*Maria Clara Escobar* *Presidenta de Afidro*	No se habla de los mecanismos de dispensación farmacéutica ni de cómo se garantiza el flujo de recursos en esta cadena. La arquitectura actual del sistema ha logrado que la dispensación llegue a todo el territorio nacional las EPS hacen el proceso de compra de medicamentos en sus redes de prestación , comprenden el perfil de sus afiliados, entienden usos y

		frecuencias, realizan control de UPS y consideran lo incluido en el PBS, en otras palabras generan economías de escala para contener costos en el sistema Perspectiva importante de los gestores farmacéuticos , allí se da el control de precios de medicamentos y dispensan en condiciones óptimas los medicamentos. No se puede desconocer el camino y proceso de compra existente, desaparición de la gestión de recursos que realizan las aseguradoras genera incertidumbre en los procesos . No se sabe quien es el que hace la compra de medicamentos bajo el nuevo sistema, ¿serán las gestoras o los prestadores? No es claro quien va a dispensar , preocupación de no existencia de un sistema robusto de información que garantice la suficiencia de medicamentos. Preocupación por el componente financiero del sistema, suficiencia de la UPC, presupuestos máximos, no se ha pagado julio-septiembre, deterioro en la cartera del sector, cartera corriente de hasta 120 días. Invitación a disponer nuevas fuentes de recurso y motivar medicamentos innovadores
32	Felix Martinez Director Adres	Adiciones y presupuestos máximos. ya se hace
33	Galo Viana GestarSalud	No existe una financiación de lo que va a quedar luego del proceso de transición. Los prestadores se van a ver afectados por la falta de recursos entonces debe haber un rescate para las EPS, se debe poner una línea de crédito que posibiliten este rescate Muchas veces se discutió en mesas anteriores que los recursos que van a recibir las gestoras no van a ser gratuitos. Estos recursos pueden contribuir a atender las solicitudes de crédito. economía solidaria: eps solidarias: De Salud, emssanar, asmet salud, mutual ser ; cajas de compensación; eps públicas como Nueva EPS de los 50 millones de colombiano 15 están en una privada y el resto en una eps solidaria, eso es economía popular. Debe haber una línea de crédito de bajo costo para que las EPS que quieran hacer la transición a gestora puedan subsistir y seguir aportando al sistema de salud
34	*Anuar Rodriguez ANDI*	Reflexión sobre el falso dilema. discusión de cambio de modelo entre dos extremos. De haberse materializado el riesgo financiero, no es posible que se transformen a gestoras en el nuevo sistema, se rompen incentivos a la eficiencia en el uso de los recursos ninguna alternativa parece viable.

		Mejor sistema de salud, discusión de fondo frente a la discusión del riesgo financiero, incluir a todos los actores del sistema. mirar alternativas para fortalecer el sistema actual, sin desconocer la crisis, evaluar qué otras alternativas mantienen el sistema de incentivos, pagos por desempeño, eficiencia y sostenibilidad como eje transversal. Alternativas que mejoren la situación de manera sustancial, enviaran documento con las propuestas y soportes. No retroceder en lo avanzado, no cometer los errores del pasado como la fragmentación de los recursos a través de las cuentas. FOSYGA con cuentas superavitarias y dificultad a la transferencia entre cuentas UPC no es prima de riesgo, es transferencia per cápita son cálculos actuariales de fondo, evaluar el punto intermedio y mejor distribución del riesgo financiero.
35	*Mery Bolivar Fede Departamentos*	1. Plan de beneficios en salud. Art. 15 de la ley estatutaria. No es claro cuál va a ser la cobertura del PBS, cual va a ser la financiación, con que se va a financiar lo que esté fuera del PBS. 2. Reiterar la falta de desarrollo de la generación de recursos. Infraestructura, tecnologías. COMO SE VA A DESARROLLAR EL SISTEMA DE SALUD. 3. Plan de choque, coyuntura.
36	*Asocajas PAtricia Guzman*	Insistir en la importancia de abordar temas financieros. La suficiencia de las UPC en los últimos tres años da cuenta de la insuficiencia.Crisis sistémica del sector salud que se refleja en la actualidad. Aseguradoras como programas, EPS (hoy todas intervenidas), capacidad instalada de prestación de servicios que contribuyen a la oferta institucional a nivel territorial y gestor farmacéutico. Cajas como sociedades sin ánimo de lucro, preservar las capacidades en el ámbito financiero y conformación de las redes, acuerdo en retornar a lo público sin deteriorar a los prados la mayoría de centros de las cajas son de atención primaria `
37	*Mario Cruz* *Vicepresidente Acemi*	Es una reforma que quiere hacer muchas cosas pero no hay una fuente clara de los recursos que van a permitir lograrlo. debería haber un capítulo de financiamiento dentro de la ley. Debe haber allí un apartado de nuevas fuentes para el sistema de salud con el objetivo de no desproteger al paciente. Por ejemplo, destinación específica de los impuestos saludables, tomar parte de los recursos a los juegos novedosos electrónicos, revivir la idea del IVA social, modificar el SGP. Va a haber una partición actual de los recursos. si hoy no alcanzan los recursos para atender a la gente será que en 10 años podemos atender a la
		gente? hay un recursos de sustitución entre el uso de los recursos, si financian los caps desfinancian la alta complejidad. Se puede avanzar en la estrategia de prevención, de APS, sin detrimento de la mediana y alta, priorización de los recursos
38	*Hernan bayona FMC*	El objetivo de la reforma es el desarrollo de la ley estatutaria de salud. Recordar que el art 15 plantea puntos sobre la exclusión de la prestación de servicios, eliminación del PBS. Resalta que los estudios de definición de la UPC se basan en los datos entregados por las EPS. Responsabilidad de las EPS en la entrega de información pertinente, cuestiona la insuficiencia de la UPC, ¿acaso son falsos lo datos que reportan?. Art 16 resolución de conflictos y juntas médicas de salud, como mecanismos importantes , necesidad de incluirse en las reforma, y establecer ¿cómo funcionan?, ¿cuál sería su alcance?. Art 17 sobre autonomía profesional, fortalecer y generar recursos para los tribunales de ética médica profesional. Necesita fortalecer la adquisición de nuevas tecnologías y destinar recursos a la investigación. Sobre el INVIMA, institución que necesita fortalecimiento sobre las fuentes de financiación y componente técnico científico.
39	*Eduardo Guerrero Asociación colombiana*	Las intervenciones parecen pasos atrás. El sistema anterior ya cambio, no funcionó porque no fue un sistema con reservas de aseguramiento y por tanto hay que modificarlo. Hay una aceptación de las EPS de pasar a ser gestoras y a desempeñar ese rol. Eso es un acuerdo y lo contrario es devolverse en esta discusión. Valdría la pena crear en el consejo nacional un equipo que mire lo que se refiere a la eficiencia del manejo de recursos del sistema. Que dentro de la fragmentación Hay uno nuevo modelo de atención y hay un REACOMODO del gasto global, un periodo de transición Reordenar el primer nivel de atención. Ahí está la parte ambulatoria, no se sabe cuál es el gasto de la parte ambulatoria. COMISIÓN PARA VER LA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA Y QUE MIRE COMO REORDENA PARA ORIENTAR A LA CAPACIDAD QUE HOY ESTÁ INSTALADA. centros de salud de alta complejidad resolutiva la alta complejidad gasto en cosas que hoy son del primer nivel de atención.
		progresivamente, de la alta complejidad, una parte ira al primer nivel cómo logramos que los sistemas de información en la baja y mediana complejidad tengan un sistema de información que nos evite las ineficiencias que tiene el sistema.
40	*Alfredo Mondragon*	El objetivo es referirse a aspectos no contenidos aunque estén relacionados con temas que ya se trataron en la mesa. Nuevos actores en la mesa, que se les ha permitido estar e intervenir en la mesa. El paso siguiente es escuchar la intervención del ministerio de hacienda, leer el concepto y la sustentación, que quede en la memoria la lectura y sustentación.
41	*Juan Carlos Giraldo ACSC*	No están representadas las IPS. Sistema integral de calidad mencionado pero no desarrollado, necesidad de señales, mecanismos, incentivos. Ajustar el sistema tarifario con otras iniciativas legislativas. Pacto de la sociedad por incrementar el %PIB destinado a salud, garantizar mayores recursos para el sistema. Mediana claridad sobre la carga de enfermedad y variables demográficas, el PBS no se menciona explícitamente en el proyecto, revisión integral del PBS para dar mejores decisiones en términos de suficiencia.
Intervención del Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre el aval fiscal de la reforma		
Saludo de Flor Esther Salazar, Directora General de Regulación Económica de la Seguridad Social y presentación de su equipo. Posteriormente, lectura del aval fiscal radicado por el MHCP.		
42	*Mery Bolívar Federación nacional de departamentos*	1. ¿Cómo se analizó el uso y la fuente de los recursos de destinación específica entre subsidio a la oferta y la demanda? en la actualidad las fuentes y usos no se mezclan , cuentas que están financiadas por ambos recursos que tienen destinación específica 2. Hoy se tiene subsidio a la demanda y se plantea un subsidio a la oferta a los CAPS , cuales son los escenarios que permiten ver el paso de un financiamientos a otro 3. Cómo se garantiza el equilibrio de los CAPS si se asigna un per cápita (UPC) y en el artículo 16 se establece que los gastos per cápita generan ajustes de riesgo en función de la demanda. 4. Costo de formalización del talento humano.
43	*Johana Lopez subdirectora*	La recolección de la información está contenida en su totalidad en el aval.
		La destinación de los recursos corresponde a las actividades que se planean desde la parte operativa y de sostenibilidad fiscal se han estimado con base en el criterio de progresividad. si se cambia el criterio de progresividad el MHCP podrá pronunciarse nuevamente
44	*Mario Cruz Subdirector ACEMI*	1. ¿Están garantizados los recursos fiscales para el cierre fiscal del 2024? a. UPC b. PM c. Tarifa SOAT 2. Si se compara respecto al concepto emitido en marzo, se ve reducción en ingresos y gastos, da muestra de la verdadera situación fiscal del país, recorte de 2 puntos con respecto al anterior concepto. Gastos sujetos a la disponibilidad presupuestal: a. Pago al 3% adicional de las gestoras b. Pago a gestoras inmersos en el pago a la mediana y alta complejidad c. Sistema de información 3. Sobre el SGP, las trayectorias de recaudo cayeron en un 15%, efecto directo en las trayectorias del SGP que dependen de la variación de los ingresos corrientes de la nación y no se ven en la estimación. 4. Estimación superavitario en un escenario fiscal desfavorable.
45	*Johana Lopez* *Min Hacienda*	La expectativa de los ingresos proyectados el MHCP viene presentando Se estima que, aunque el escenario fiscal es retador, en 2024 se espera un repunte de la economía. Es un escenario de 10 años. En 2023 las expectativas fueron mayores de lo que cerró, en 2024 parece que también vamos a cerrar con un déficit frente a lo proyectado. El MHCP proyecta que la APS genera ahorros en el sistema, lo que permitirá una atenuación del gasto en la mediana y alta complejidad Algunos de los gastos proyectados tienen una gradualidad. Como en el articulado anterior la implementación era más rígida entonces el aval fiscal de los primeros años era más deficitario, la implementación progresiva de ciertos aspectos se introdujo a las estimaciones de forma tal que se velará por la sostenibilidad del sistema.
46	*Flor Esther Salazar* *Directora general de regulación económica de la*	Escenarios retadores para 2025, 2026 y quizá 2027, reactivación económica con baja en la inflación y expectativas sobre las tasas de interés. El SGP va a depender del incremento del recaudo, participación sobre el 14,8% , cotizaciones 28% y PGN 39% otros ingresos 11% , lo que más crece es el aporte nación , el aval se encuentra a precios constantes, aporte nacional crece alrededor del 6% real que significa esfuerzos importantes.

	seguridad social Min Hacienda	
47	*Galo Viana Gestar salud*	Si uno observa los dos conceptos. APS y mediana y alta se puede observar que los recursos de APS aumentan significativamente, pasando del 20% hasta el 28%. La mediana y alta cae, pasa del 80% hasta el 76%. Esa propuesta es retadora para el sector salud. Los costos de la alta complejidad aumentan todos los días, por la complejidad de los tratamientos y por la presión de la industria farmacéutica. La expectativa que hay en APS. La APS no tiene el impacto que nosotros deseamos ni que se está contemplando aca El PLAN debería establecer que contiene la APS, la APS es un enfoque no una actividad por lo que hay que acotar cuales son las actividades de ese enfoque.
48	*Felix Martinez Director Adres*	La iniciativa no modifica ninguna norma constitucional asociada al uso de los recursos y no modifica el SGP, los cálculos se encuentran a precios constantes. El planteamiento en términos de financiamiento requiere ajustes lentos y progresivos, el horizonte a 10 años previene la especulación, no existen variaciones profundas en los perfiles poblacionales en el corto plazo, no tiene sentido asumir que se van a disparar las atenciones en el nivel complementario. En la senda de crecimiento la mediana y alta complejidad crece alrededor del 3% en precios constantes, es falso que los recursos no crezcan. El control de costos se realiza a través de la APS no necesariamente en la restricción de servicios. Fortalecer la detección temprana, protección de la primera infancia, atención oportuna y pertinente. La APS no compite con los recursos de UPC. Los recursos municipales financian la APS, los recursos departamentales fortalecen la infraestructura hospitalaria. En la actualidad en teoría los recursos son municipales pero no se ejecutan allí sino en las grandes ciudades generando inequidades. No es sustracción de recursos a la mediana y alta complejidad, es inclusión de recursos nuevos del SGP.
49	*Omar Prada Min Interior*	Ley de transferencias que tiene un aporte sobre la APS. Todas las personas tuvieron la oportunidad de expresar. Esta discusión es inédita en el marco del acuerdo nacional
50	*Felix Martinez Director Adres*	Cuanto tardó la comisión séptima en debatir SGP
51	*Asesor Min Interior*	Se debatió en la comisión primera, el debate arrancó en enero. Para la presentación de la ponencia del 5 debate se hizo un ejercicio similar a este con agremiaciones, territorios, EN LA COMISIÓN EL PL DURO UN DIA
52	*Luis Alberto Mrrtinez Viceministro de protección social*	Despide la mesa y agradece a los participante
53	*Salud total*	La verdadera voluntad se traduce en la inclusión de las propuestas expuestas durante la mesa en el articulado.
54	Alvaro Molina *Mesa de asociaciones de usuarios*	pregunta si hay posibilidad de que haya plata este año para los presupuestos máximos, que está impactando a los pacientes con enfermedades raras, huérfanas y de alto costo. Agradece el espacio.
55	*H.R. Alfredo Mondragon*	Ratificar el compromiso de los ponentes de escuchar y atender la mayor cantidad de propuestas compartidas en la mesa y en otros espacios de diálogo y discusión. Reconoce la existencia de propuestas contradictorias y el objetivo de la iniciativa es que tenga unidad y coherencia, por tanto no es posible incluir todas las propuestas. Existe consenso sobre la existencia de la crisis en el sistema y la oportunidad que se genera en la iniciativa para resolverlo.
56	*H.R. Jorge Alexander Quevedo*	Agradece la participación en el espacio Se compromete en que el ejercicio fue valioso y que se van a tener en cuenta las consideraciones de todos los participantes. Solicita que los documentos remitidos para esta mesa tecnica sean concretos sobre los articulados.
57	*H.R Maria Eugenia Lopera*	Esto no va a ser un canto a la bandera insumos para la ponencia agradece al ministerio de salud, la ADRES, la SNS, Min interior, MHCP

AUDIENCIA PÚBLICA 16 OCTUBRE 2023

Proyecto de Ley No. 312 DE 2024C - Cámara, "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

ponentesreformasalud@gmail.com

En Bogotá, D.C., el día 16 del mes de octubre de 2024, siendo las 9:30 am, se reunieron en el auditorio Luis Guillermo Vélez del congreso de la república, distintas organizaciones, asociaciones, agremiaciones y demás representantes de actores relevantes del sistema de salud, para dar continuidad a los ejercicios de participación social y concertación del PL 312 de 2024.

Representantes a la cámara y asesores presentes

- Alfredo Mondragón Garzón
- Camilo Esteban Ávila Morales
- Hugo Alfonso Archila Suárez
- Maria Fernanda Carrascal
- Martha Lisbeth Alfonso
- Gerardo Yepes Caro
- Héctor David Chaparro
- Andrés Eduardo Forero Molina

Entidades de gobierno presentes

- Juan Fernando Cristo Ministro de Interior
- Jaime UrregoViceministro de Salud Pública
- Funcionarios Ministerio de Salud
- Funcionarios Ministerio de Interior
- Funcionarios superintendencia nacional de salud

1	*Julio Cesar Castellanos*	Celebra la acumulacion de los proyectos. El objetivo debe ser garantizar la sostenibilidad fiscal de la reforma, en este sentido, gestoras y redes deben cuidar la UPC, y debe existir un procedimiento de control y soporte financiero. En la propuesta no hay solidaridad y no es concordante con la 1751. Es necesario un parágrafo en la ley que defina responsabilidad de los distintos autores, eso está claro en la iniciativa de acuerdos fundamentales, existe un traslape de funciones entre distintos agentes en el proyecto de gobierno. Es necesaria la reglamentación del art. 16 de la ley estatutaria sobre conflictos entre el personal de salud, los cuales deben ser dirimidos por juntas médicas usando criterios de racionalidad, en la ley estatutaria se estableció que este procedimiento estaría sujeto a disposiciones establecidas por ley, necesidad de facultades extraordinarias para este fin o incluir en la iniciativa.
		IPS domiciliarias no están contempladas en el articulado, de no hacerlo van a desaparecer y se pierde la oportunidad de utilizar sus capacidades al interior de las redes. Art. 5 sobre la conformación del CNS no incluye la participación de los prestadores. Las decisiones del CNS deben ser vinculantes; en el extinto consejo se aprobaba lo que se incluía en el POS, retomar validez y senda de legitimidad. Periodo de transición no mayor a dos años, un periodo de transición de 4 años en un país como Colombia genera inestabilidad e incertidumbre para los usuarios.
2	*Secretario séptima*	pacientes colombia; asociación colombiana de empresas de medicina; acemi; acesi; asociación colombiana de hospitales y clinicas; acome; aliadas; andi; academia nacional de medicina de colombia; asinfar; cosesam; federación médica colombiana; fededepartamentos; ex ministros; gestarsalud; org. para defensa del paciente; salud total; sindes; asociación de IPS de colombia; afidro; nuevos ciudadanos; sintrauma; colegio médico de santander; asociación de médico de la universidad del valle; entre otros.
3	Clara Isabel Rodriguez *Asociación Colombiana de la industrias farmacéutica*	En colombia si hay una industria farmacéutica nacional, de hecho, hoy existen 98 plantas farmacéuticas que abastecen el 80% de los medicamentos que se consumen en el sistema de salud. En el PL no está clara la financiación, la crisis de abastecimiento que actualmente enfrenta el sistema no se debe a la falta de producción nacional sino a la falta de flujo de recursos. En ese sentido, solicitan el giro directo también cobije a los gestores farmacéuticos y no se les pague a través de intermediarios, es decir, las IPS. Señala que los laboratorios farmacéuticos han sido abandonados históricamente por los gobiernos y, además, han sido sometidos a una gestión terriblemente difícil ante los trámites del INVIMA, aspecto que la reforma no atiende. Solicitan que se contemple la priorización de la industria nacional como principal proveedor de medicamentos.
4	*Bertilda Vazquez Mejia* *Fundación Cuidandonos*	Representa a madres cuidadoras y pacientes con discapacidad. No entrega oportuna de medicamentos, reclaman un derecho fundamental y manifiestan que no están al servicio de un gobierno de turno. Objeción al artículo 19 ya que vulnera la atención y continuidad de los pacientes de alto costo, preocupa de donde van a financiarse los servicios de transporte, hospedaje, etc. En el sistema actual preocupa la no entrega de dosis completas de medicamentos completos en pacientes cuya vida depende de esto.

5	*Roberto Diaz Gonzalez* *SINTRAUMA*	Reconoce la naturaleza actual del modelo y señala que el mercado es incapaz de solucionar el problema de salud en el que se encuentra la nación y, por tanto, incapaz de atender este derecho fundamental. Es el Estado el que debe garantizar el derecho a la salud, proveer la atención médica y superar las barreras de acceso al sistema de salud producto de la fragmentación. Señala que en este momento es primordial proteger las clínicas y hospitales, donde está toda la inversión de la nación. Considera que el capítulo de redes no es lo suficientemente claro. Solicitan que las redes nazcan como una figura capaz de adquirir compromisos, para ello, consideran que las RIIS podrían agruparse mediante esquemas contractuales como consorcios y uniones temporales, en el caso del sector privado, o contratos planes de las ESE. Señala que una red integrada e integral requiere que en ella existan todos los niveles de complejidad, para lo cual debe haber en el territorio la infraestructura, la tecnología y el talento humano necesarios, y que todos los centros de atención operen bajo la lógica de la colaboración. Además, señala que el territorio es el elemento clave de la planeación, por lo cual, solicitan que los territorios sean autonómicos y se deben definir muy claramente las rutas de atención. Señalan que hay funciones traslapadas en las gestoras.
6	*James Benitez*	Preocupación sobre las deudas de las EPS y necesidad de saneamiento de las mismas. En este aspecto, algunos partidos han querido utilizar los pasivos de las EPS como argumento en contra de la reforma adjudicando insuficiencia de los recursos. Respecto a las RIIS es importante garantizar que los traslados, procesos de referencia y contrarreferencia y la atención en general sea territorializada y evite que se siga desfalcando el sistema. Resalta que el financiamiento del sistema de salud existe y el recurso es suficiente, importante entender que en el sistema actual se pagan costos excesivos e ineficientes que se solucionan en la reforma, con la territorialización se reduce el costo innecesario de transporte de pacientes entre ciudades porque se aprovechan las capacidades del territorio, se orienta el recurso al territorio más cercano. Es necesario aclarar la importancia de las IPS territorializadas, en la actualidad las EPS no remiten a los pacientes usando las capacidades de la ciudad más cercana, sino que trasladan a otras ciudades de acuerdo a sus intereses económicos asociados a la integración vertical, esto deja sin recursos a ciertas IPS, por tanto las Gestoras no deben gestionar recursos ni orientar el gasto.
7	*Camilo Landazabal*	En su conocimiento como médicos que residen en el exterior reconocen la importancia de la transformación del sistema. Reconoce y celebra el importante esfuerzo que realiza el PL para

	Florez *AMIREX*	proteger el talento humano en salud y de brindarles condiciones laborales dignas. Señala que el sistema de salud actualmente está en crisis como consecuencia del diseño mismo del modelo de salud y de la profundización de sus deficiencias a través de la ley 100. Adicionalmente, señala que existen diferentes estudios internacionales muestran que la intermediación financiera en el sistema de salud genera un colapso del sistema mismo. En ese sentido, solicitan que las funciones de las gestoras se limiten únicamente a funciones administrativas. Además, solicitan que las juntas sean lo más plurales posibles para evitar la corrupción.
8	*Manuel Galindo* *Academia Nacional de Medicina*	Ex Presidente de asociación de anestesiología, Miembro acuerdos fundamentales. Lamenta la no acumulación oportuna de la iniciativa de acuerdos fundamentales, resalta que es un estudio juicioso de la ley estatutaria de salud de la que falta su reglamentación. Esperan que al acumular proyectos se haga un estudio juicioso de la iniciativa. La ANM es asesora del gobierno y debe ser tenida en cuenta, la iniciativa presentada desde acuerdos fundamentales tiene varios aspectos en común con el gobierno. Resalta que el aseguramiento individual es fundamental para la garantía al derecho a la salud, sin embargo, en la iniciativa de gobierno no se incluye la afiliación a las gestoras, solo se incluye papel de adscripción a los CAPS, no es clara relación entre con el componente territoriales Las gestoras deben ser públicas, privadas o mixtas, resaltan la importancia del aseguramiento pero no están de acuerdo con un modelo estatal, consideran que las gestoras deben asumir el riesgo en salud y administrativo pero no financiero (ADRES), y deben afiliar a la población ya que al garantizar el derecho individual se garantiza prestación de los servicios. Adicionalmente, las Gestoras deben validar facturas, autorizar el pago a la ADRES, están de acuerdo con la ADRES como pagador único, para evitar intermediación financiera De acuerdo con el CNS, debería ser vinculante , de no ser así, no tendría ningún valor.
9	Agamenon Quintero *Asociación colombiana de sociedades científicas - Acuerdos*	Proponen que en el sistema de salud existan condiciones laborales que garanticen la seguridad y la continuidad laboral del talento humano en salud así como la educación continua, para lo cual se deberá crear un régimen laboral especial. Este régimen debe incluir la presentación de la carrera administrativa, el pago oportuno y la jornada día a día, debe, en últimas, garantizar un empleo decente y digno. Se debe establecer claramente cómo se va a implementar la formalización laboral y disponer de las fuentes

	Fundamentales	de recursos necesarias. Señala que el periodo de transición debe propender por la garantía de los derechos de los pacientes y del talento humano en salud.
10	*jose jovany peralta* *sindicato especialistas de boyaca*	El sector de la salud tiene más de 800 mil trabajadores en condiciones no formales, los que se adjudican la representación de los trabajadores en la discusión son hipócritas, no son idóneas. La formalización de los trabajadores de la salud no es un tema nuevo ni aislado, de hecho desde la OIT se exige la laboralización. Fue una equivocación del sistema de salud asumir que los privados iban a cuidar a los colombianos, no es compatible el lucro con la prestación eficiente de servicios, esto trajo paseos de la muerte, muertes evitables. Pretenden que el sindicato hable con la autoridad, contrato sindical sujeto a una suerte de trata de trabajadores. Contrato comercial de los trabajadores de la salud Garantía a los trabajadores de la salud, corresponsabilidad con los especialistas y médicos, garantizar que se sigan educando, reconocimiento material de su labor, necesidad de un régimen especial y que se les garantice el riesgo de la actividad. El THS necesita incapacidades, descanso, pago de horas nocturnas, no más tercerización. Hipocresía con los médicos y trabajadores del sector de la salud, no se puede hablar del derecho a la salud y a la vida sin condiciones dignas para sus trabajadores.
11	María Elizabeth Aparicio Reyes *Veeduría Nacional de Salud*	Hace un llamado para que, como nación, recordemos que este proyecto de reforma del sistema de salud de Colombia es una iniciativa ciudadana, no se construyó a puerta cerrada en unos pocos meses, es una construcción ciudadana. Señala que la naturaleza de la veeduría es vigilar el uso de los recursos públicos, pero en el caso de la salud, los veedores se convirtieron también en un apoyo constante para todas aquellas personas que permanentemente encuentran barreras de acceso en los servicios de salud para que les asignen citas médicas, les entreguen medicamentos, los atiendan adecuada y oportunamente. Señala que la afiliación ha sido en Colombia no más que un eufemismo, toda vez que esta no garantiza la prestación del servicio, como se ha visto en la realidad y cotidianidad del sistema. Por eso, un sistema realmente universal, como lo propone esta reforma, debe garantizar que todo residente pueda acceder al sistema de salud. Solicitan se acaben las autorizaciones que ponen en riesgo la salud de los pacientes por culpa de los largos tiempos de espera y los ineficientes traslados a centros de alta complejidad por culpa de la fragmentación de las redes; por ello, solicitan que las EPS deben transformarse en gestoras de vida realmente y no en gestoras de barreras de atención. Además, solicitan que las normas sean más

		estrictas, aquellas gestoras que cumplan se deben ir. Finalmente, señala que los recursos si existen y son suficientes, el verdadero problema del sistema ha sido el mal manejo de estos, por ello, no se debe seguir permitiendo que el recurso público se entregue a las EPS y se use, muchas veces, para salvar a las que han incumplido.
12	*Ana maria soleibe* *FMC*	De acuerdo con la mayoría de los artículos de la iniciativa, sus diferencias en el proyecto las enviaron al correo. El argumento de la desfinanciación del sistema de salud no tiene sustento, revisar anexo 3 de la reforma y el estudio de Luis Jorge Garay en la página de la FMC. Preocupa tercerizar el cálculo de la UPC, da pie a un conflicto de interés más con la integración vertical existente en el sistema. Consideran que el Rethus debe volver al ministerio de salud y debe ser gratuito, ya se ha pagado suficiente. Las RIIS territoriales de salud, acaban con el fraccionamiento del sistema, cada actor tiene un rol definido, se acaba con el problema denunciado por la veeduría de Calarca, este mecanismo es excelente para los pacientes. Las Gestoras no deben estar a cargo de la gestión ni manejo de los recursos, las denuncias de la contraloría son gravísimas 26 EPS con excedentes operacionales, presuntas destinaciones indebidas que suman cerca de $6 Billones. No es justificación que la UPC no alcance ni que no se paguen PM, las EPS se inventan costos, priorizan pagos, ocultan facturas, crean intangibles, y utilizan los recursos para gastos que no son de salud. Se requiere la laboralización en las RIIS, afirma que las responsabilidades están claramente definidas, los CAPS cuidan, una red comprometida cuida el servicio. El estudio de Luis Jorge Garay contempla los costos de la laboralización, no se puede hacer un debate de la reforma a la salud que no contemple el THS. Se requiere mayor control por parte de la SNS que apresure atención, no se puede dejar de lado el desarrollo de medicamentos y desarrollo de tecnologías en salud.
13	*Cristian Stapper* *FENALCO*	Considera que el PL no aborda los problemas de sostenibilidad financiera que afronta el sistema. Al respecto, señala que a la fecha aún no se han girado los recursos de presupuestos máximos de la vigencia actual. Señala que se debe aclarar quien asume el riesgo financiero, cómo va a ser el manejo de la cartera y quien va a ser el responsable de la contratación. Manifiesta su preocupación

		por la burocratización del sistema. Considera que en el nuevo sistema no está claro quienes son los responsables de cara al paciente. Considera que no es claro el manejo de los servicios de urgencias en el nuevo modelo de salud debido a la introducción de los CAPS dentro de las redes, en ese sentido, solicita que se aclare la ruta que debe seguir el paciente en estos casos. Manifiesta su preocupación sobre el impacto financiero que traería la inversión en infraestructura requerida para los CAPS, el posible desaprovechamiento de la infraestructura hoy existente y la ruta de acción que se va a seguir con la infraestructura hoy obsoleta y. Considera que no está claro en la reforma el rol del gestor farmacéutico en el nuevo sistema.
14	Nestor Gomez ASOSALUD y Acuerdos fundamentales	Se acumulan 2 años en la discusión, hay que tener resistencia a la fatiga, se entienden los factores en juego. Coincidencia en la necesidad de implementar el sistema de información, la info. debe ser pública y transparente, en el debate anterior se hablaba de un costo cercano a $73MM que sigue siendo un rubro importante en tanto el sistema cuenta con recursos al límite. Ajustar el presupuesto que esta implementación requiere, implementación transitoria que permita la adquisición de capacidades, los recursos que se utilicen deben ser fuentes distintas a lo destinado a aseguramiento Frente a IVC , no hay función de IVC sin información pública. Preocupación sobre los pesos y contrapesos, un sistema se basa en la coordinación de agentes que funcionan por incentivos, cuestiona la capacidad de la adres ya que cada vez acumula más tareas, se requieren funciones de IVC sobre esta entidad. La ADRES hará giros de acuerdo a la normatividad vigente, deja enorme ambigüedad, no es claro bajo qué régimen se realizan las transferencias. ADRES y SNS , alineación de intereses entre controlantes, evitar el riesgo sobre la garantía al derecho.
15	Carlos Francisco Fernandez *ASINFAR*	En la ley estatutaria de salud se consigna la importancia de crear una política farmacéutica en el país. Para 2023 más de 12 millones de colombianos se encuentran en zonas que no tienen cobertura de servicios farmacéuticos y, para el mismo año, el gasto en medicamentos representó el 24% del gasto total en salud. Con esto, hace un llamado a reconocer los medicamentos como parte fundamental de la garantía del derecho a la salud en todos los niveles de atención. Por ello, consideran que la reforma a la salud requiere una política farmacéutica clara.
16	*Jesid Camacho ANTHOC*	Desafortunadamente la concertación es selectiva, los sindicatos más grandes no fueron invitados a la mesa técnica, pero sí se invitaron a las sociedades científicas. Los que se abrogan la representación de los trabajadores, cuentan con una triple posición en el sistema, son dueños de clínicas, explotan a sus trabajadores (como en el Hospital San José o San Ignacio) y además se abrogan la representación de los trabajadores. Los artículos del 37 al 42 dejan a los trabajadores en las mismas condiciones, se mantiene el mismo régimen para los privados, mismo régimen en el código sustantivo del trabajo, se habla de formalización pero no de recursos para llevar a cabo este fin. Sigue la competencia en la prestación de servicios donde siempre ganan los privados que tienen mejores derechos que los del público y sigue abriendo camino a la privatización. Conversión a CAPS por parte de las IPS del sistema actual para controlar el mercado desde el acceso, por ejemplo la EPS Pijaos Salud se encuentra adecuando su estructura para convertirse en CAPS. Solicitan las facultades extraordinarias del presidente para expedir el régimen especial y único para los trabajadores del sector salud que también incluya el personal administrativo, servicios generales, mantenimiento, conductores, que no son contemplados como personal en el sector salud.
17	Clara Edalia *SINDES Boyacá*	Manifiestan su apoyo a la reforma a la salud que se viene trabajando y desarrollando por todo el país toda vez que otorga una mejora para la salud del pueblo colombiano. Celebra el esfuerzo del PL por mejorar la infraestructura, es especial, la creación de los CAPS y la dotación de los hospitales públicos con equipos de alta tecnología para que puedan competir sanamente con los centros de atención privados. Señalan que, a diferencia de lo que dicen muchos sobre el fin de las EPS, con la reforma los trabajadores van a trabajar hombro a hombro con las transformadas gestoras. Señala que se requiere un artículo claro sobre la financiación de la formalización laboral para que se materialice adecuadamente, es injusto y denigrante que los trabajadores tengan que suplicar por un pago digno y decente.
18	*Jose Villamil* *Veeduría nacional de salud*	Aclarar que fueron excluidos en la participación de la mesa técnica, tienen sugerencias sobre el manejo de los recursos de la salud. El Fosyga tenía grandes problemas en términos de manejo y giros a través de un estilo de vacunas, con la estructura propuesta en la reforma se da paso a que la ADRES empiece a priorizar el giro de recursos, se deben incluir a las veedurías en el proyecto de ley en

		combinación con los entes de control, resalta que las veedurías abarcan a todo el sistema, de hecho tiene demandas contra superintendentes. La defensa no es solo la del usuario, sino la del recurso, se necesita una SNS con dientes, veeduría trabaja con recursos de organizaciones, no trabajan con ningún gobierno. Se manifiestan en contra del contrato sindical, que le quita todos los derechos a los trabajadores de la salud y consideran que es una necesidad de la iniciativa contar con mayor participación ciudadana que se realiza a través de la veeduría. Enviaron sugerencias por escrito.
19	*Fabio Bolivar* *Colegio Medico Santander*	Comenta que las 21 organizaciones que participaron en la propuesta de Acuerdos Fundamentales han hecho un esfuerzo técnico riguroso. Por ello, hace un llamado de atención a que se escuchen todas las propuestas de reforma que se han radicado. Considera que existe una oportunidad de oro para escucharnos unos a otros y construir mutuamente un nuevo sistema de salud. También hace un llamado a sensibilizarnos con los trabajadores de la salud precarizados y las instituciones, tanto públicas como privadas.
20	*Nancy Wilches* *SINALTRAESES*	Reforma a la salud es vista como un cambio necesario y su aprobación es importante, algunos aspectos a resaltar de la iniciativa son: 1. Acceso universal y equidad para toda la ciudadanía. 2. Fortalecimiento del sistema público de salud que se prioriza sobre los entes privados, eliminación del modelo basado en intermediación que genera ineficiencias y falta de atención oportuna. 3. Prevención y atención primaria, mejora indicadores de salud, reducción de costos a largo plazo. 4. Reducción de la intermediación financiera, necesidad de eliminar EPS como intermediarias que retienen recursos para sus propios fines, los fondos de salud deben pagar directamente a hospitales y centros médicos. 5. Mejora en las condiciones laborales del personal en salud, que enfrentan precariedad laboral, dignificar al trabajador, servicios y usuarios, reducción sobrecarga laboral. 6. Sostenibilidad financiera 7. Mejora en la calidad de los servicios, atención integral con calidad sin discriminacion ni barreras económicas. La reforma plantea un cambio profundo que genera resistencia en ciertos sectores, sin embargo, es crucial para garantizar el derecho
		fundamental y no como un privilegio sujeto a las condiciones económicas. Creación de la carrera profesional del THS, dignificación, mejora en derechos laborales, mejorar su entorno de trabajo y calidad en el servicio. Es falso que los sindicatos no generen iniciativas, han participado en distintos proyectos de ley y de acto legislativo.
21	*Alba Lucia Herrera* *SCARE - Acuerdos Fundamentales*	Manifiesta que esperan completa transparencia en la acumulación de los proyectos y que esto se vea realmente reflejado en la ponencia que se presente. Señalan que el grupo de Acuerdos Fundamentales está de acuerdo con el giro directo de ADRES y con la eliminación de la intermediación financiera de las EPS. No obstante, consideran que se debería retomar la figura de afiliación y otorgar a las gestoras la capacidad de contratar en las RIIS. Se unen a las intervenciones anteriores en materia la necesidad del régimen laboral especial, señalan que el 65% de los trabajadores tienen contratos obra - servicio, 15% con contratos sindicales y solo 10% de formalización.
22	*Juan Camilo Soler* *ACOME*	Exige el Examen Único Nacional para el ingreso a las residencias médico quirúrgicas. Denuncia la baja resolutividad del médico general, en las IPS se reporta déficit de especialistas que responde a la poca formación de médicos especialistas, que se genera por la insuficiencia de cupos y la falta de lugares para la rotación, bajos salarios ofrecidos a los profesionales y control sobre la cantidad de egresados en las especialidades. El examen podría mejorar la calidad de los residentes, transparencia en la elección a través de la meritocracia, evaluación estandarizada para homologar estudios en el exterior, transparencia en términos de cupos y lugar de las plazas a través de la plataforma. Garantizar que en todos los municipios se garantice asistencia de especialistas Demora en los pagos, necesidad de incluir IPS domiciliarias, ya que desocupa camas de hospitales para atenciones que se pueden realizar de forma domiciliaria.
23	*Victor Castillos*	Celebra la acumulación de los proyectos de ley. Señala que no hay una reforma más discutida en este país que la reforma a la salud. Recuerda que durante más de año y medio se han realizado innumerables foros, conversaciones, mesas técnicas, audiencias públicas, entre otros escenarios, a nivel nacional para acordar una reforma que sea la mejor posible para todos los colombianos.

		Señala que la reforma, tal como está planteada hoy, es un mejor escenario al que existe actualmente. Se une a los anteriores intervinientes en la necesidad de crear un regimen laboral especial para el personal en salud pero considera que no son necesarios más recursos, ya que actualmente el sistema contempla el pago de todo el personal en salud, no obstante, lo que incrementa los costos es la tercerización. Señala que, para impedir que desaparezca la red hospitalaria, se deben garantizar los pagos de las deudas anteriores, considera que el problema no es de rentabilidad sino de flujo de caja, señala que si hay flujo de caja los costos de los insumos y los medicamentos se reducen en un 10% y la reducción de los costos asociados a la intermediación van a permitir que con los recursos hoy existentes se materialice el nuevo sistema a la salud. Finalmente, hace un llamado a agilizar el trámite de la reforma en el congreso toda vez que la reforma se requiere con urgencia.
24	Aurelio Mejia *AFIDRO*	Se hace referencia a la entrega de medicamentos, pues se necesita clarificar las competencias para evitar la fragmentación. De otro lado, se observa un desfinanciamiento del sistema con una insuficiencia de la UPC, se invita al Congreso a preservar y facilitar el acceso a los medicamentos según sus necesidades médicas.
25	Clemencia Mayorga *Colegio Médico Colombiano*	Solicita que se de un ejercicio de acumulación con el PL de Acuerdos Fundamentales lo suficientemente riguroso y exhaustivo. Señala que coinciden en que se requiere una reforma, están de acuerdo en la eliminación de la intermediación financiera y en que la ADRES ejerza como pagador único. No obstante, consideran que el PL propuesto por el gobierno tiene problemas de fragmentación en la ruta de atención entre el primer nivel de atención y los niveles de mediana y alta complejidad, por lo cual proponen que la resolutividad del sistema en este aspecto esté a cargo de las gestoras. Se une al llamado que han hecho en la audiencia pública para lograr la laboralización del sector salud. Finalmente, en respuesta a los anteriores intervinientes, considera que se requieren más recursos para la salud.
26	*Francisco Castellanos* *Organización por la Defensa del Paciente*	El sistema de salud se enfrenta a una crisis acumulada de por lo menos la última década, generada por la mala utilización de los recursos de la salud. Se celebra que los PL incluya la eliminación de la intermediación financiera. En lo relativo al CNS se propone que se incluya a pacientes, usuarios y cuidadoras. Que las decisiones que allí se adopten sean vinculantes. Necesidad de que se brinde seguridad jurídica a los pacientes con enfermedades crónicas, ¿qué entidades van a asumir el cumplimiento de las sentencias de tutela que ampararon a estos pacientes?. Es necesario que se materialice la Ley Estatutaria en Salud.
27	*Fernando Castro* *SINDES*	Señala que la ciudadanía le pide al congreso que esta reforma sea aprobada, porque el sistema requiere un cambio con urgencia. Considera que, ante la coyuntura actual y el momento político en el que estamos, hoy las EPS quieren mostrarse en crisis para argumentar que fue el gobierno Petro la razón de esa crisis. Celebra que con la reforma se elimina el proceso de intermediación, se busca formalizar a los trabajadores y fortalecer la infraestructura en salud. No obstante, considera que el articulado debería dejar claro la forma en que se va a financiar la formalización de los trabajadores en la salud.
28	*Carlos Corssi*	El principal problema del sistema colombiano es el envejecimiento demográfico, provocado por el control natal internacional para llegar al crecimiento demográfico cero y la apropiación de los recursos naturales de los pueblos.
29	*Herman Bayona* *Federación Médica Colombiana*	El modelo no tiene posibilidades de sostenibilidad si no se implementa la prevención. La reforma a la salud es una necesidad urgente porque el sistema actual está siendo causante de muchísimas muertes. Las RIIS se plantearon en la ley estatutaria como una forma organizacional que hoy es necesario territorializar. Las gestoras no pueden determinar el gasto porque eso va a provocar que en los territorios no exista un acceso real a la salud. Se debe dignificar a todos los trabajadores del sistema de salud y para ello se requiere acabar con la intermediación financiera y garantizar el flujo de recursos a las IPS. Invita a que las gestoras de salud y vida hagan parte del nuevo sistema con su conocimiento administrativo e invita al congreso a cumplir su responsabilidad con el estado colombiano
30	Julio Alberto Interventor Rincón *Agente interventor de Nueva EPS*	La Nueva EPS ha aumentado el número de afiliados en todo el país, la tragedia del país fue la destrucción de la APS. Los avances médicos y tecnológicos no se reflejan en los municipios de Colombia, mostrando una baja capacidad resolutiva y una atención centrada en las personas sobrevivientes de la enfermedad. Se necesita garantizar los tratamientos de distintas índole, sus profesionales, insumos y tecnologías en salud. ACEMI se preocupa por quien asume la contratación, pero no mencionan que no se cumplieron las funciones de aseguramiento y si recibieron la UPC. Los servicios farmacéuticos han sido plenamente pagados pero el bloqueo del monopolio farmacéutico sigue bloqueando la distribución y el acceso. La Nueva EPS está comprometida con la prevención, predicción y resolución y por ende con el espíritu de la reforma a la salud.
31	Juan Carlos Giraldo	Reconoce el trabajo que se realizó en las mesas técnicas realizadas las dos semanas anteriores a esta audiencia pública donde se les brindaron todas las garantías para presentar sus puntos de vista y ser escuchados por ministros y coordinadores ponentes. Señala los puntos fundamentales a lo largo de estas discusiones: - La reforma es necesaria, de hecho, las reformas son un estadio natural de los sistemas de salud. - Para poder avanzar y transformar el sistema se debe tener un diagnóstico justo, que debe partir de aceptar los grandes avances pero también los grandes retos. - Se debe mantener el aseguramiento, entendido como la resultante de una sumatoria de factores que se preservan en el PL y, para ello, se debe garantizar la prestación de servicios con la presencia de la red pública privada y mixta tal como la conocemos. Considera que la reforma debe mejorar en los siguientes aspectos: - Definir con claridad si el Fondo Único va a tener subcuentas y los mecanismos de traslado entre cuentas. - La integración vertical no debe existir. Sin embargo, si esto no se puede impedir, al menos se debería aclarar los niveles de complejidad y los momentos en los que podría ser permitida - El sistema integral de calidad debe desarrollarse de manera robusta - Las labores de los CAPS son tan numerosas y se desarrollan en colaboración de tantos agentes que esto puede provocar zonas grises - El sistema tarifario está mejor descrito en otros PL - El régimen de transición debe ser mínimo y unificado con un plazo no mayor a dos años para el saneamiento financiero. - CNS debe incluir a las IPS - Se debe incrementar el gasto en salud como % del PIB para garantizar la sostenibilidad del sistema - El PBS no se encuentra en la reforma - El fondo hospitalario nacional debería convertirse en una financiera hospitalaria nacional - La deuda de las IPS debería ser saneada tanto en públicas como privadas. Señala que se debe tratar adecuadamente la crisis para que existan condiciones adecuadas de transición.
32	Urrego *viceministro de salud*	Celebra la realización de la audiencia y afirma que seguramente vienen más. Este gobierno inició con el diálogo y lo mantendrá hasta el último momento. En este momento histórico la reforma es necesaria. Los congresistas van a tener la capacidad de absorber esas diferencias y solicitudes en el articulado para construir el mejor sistema de salud posible y avanzar en el marco de un gran acuerdo nacional. Todas las mesas han sido valiosas, hoy en el lenguaje y en la narrativa estamos todos de acuerdo. Recuerda que hay unos elementos solicitados que le corresponden únicamente a la reglamentación y no al proyecto de ley, recuerda que la ley es tan importante como el decreto que regula. Finalmente, invita a que todos y todas nos demos la oportunidad de dar un paso para garantizar el derecho fundamental de salud.
33	*H.R.* *Alfredo mondragon*	Agradeció la presencia de los distintos actores, La intención de la audiencia no es hacer conclusiones, estas se verán reflejadas en la ponencia y será el punto de partida para la discusión del articulado en el primer debate.
34	*H.R* *Camilo avila*	Agradecimiento al tiempo, aportes y participación en los distintos espacios de trabajo. En nombre del partido de la U manifiesta que tratarán de sacar el articulado más sensato y justo posible.
35	*H.R.* *Alfredo mondragon*	Manifiesta que existen puntos nodales en la discusión y realiza un recuento de las mismas en materia de: - Financiamiento del sistema de salud, transparencia de los recursos, y prestación de los servicios. - No se puede prestar la APS sin la atención individual. - Necesidad de alternativas de financiación. - Administración mixta del sistema. - Necesidad de dignificar el THS en todos los niveles y ocupaciones. - Los recursos deben llegar a los prestadores.
36	*H.R.* Gerardo Yepes Caro	1. Reconocer el trabajo de los ponentes y la participación de la ciudadanía tanto en las mesas técnicas como en la audiencia. 2. Frente a la acumulacion del proyecto, aclara que hasta la semana pasada llegó a la comisión 7ma, donde duró 4 días antes de acumularlo, de modo que el problema fue de la mesa directiva de la cámara.

PROPUESTAS ENVIADAS AL CORREO ELECTRÓNICO

Nombre del documento	Autor	Contenido
Comentarios Afidro Reforma a la Salud – octubre 2024.	Afidro	Documento que contiene consideraciones sobre la situación actual del sistema de Salud
Análisis del concepto del Ministerio de Hacienda PL Reforma a la salud	Acemi	Documento que contiene consideraciones sobre los conceptos que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público ha realizado a los proyectos de ley de reforma del sistema de salud
Carta dirigida a los Coordinadores Ponentes	Academia Nacional de Medicina	Agradecimiento por invitación a participar en las mesas técnicas Solicitud de incorporación del proyecto de ley 135 de 2024 – Cámara
Mesa técnica de la reforma a la salud	Academia Nacional de Medicina	Propuestas generales sobre aspectos a mejorar en cada capítulo del PL 135 de 2024 - Cámara
Mesa Técnica Reforma a la Salud – sesión 1 de Octubre2, 2024	Acemi	Propuestas de modificación de los artículo 2, 3, 5, 7, 9 y 11 del PL 312 de 2024 - Cámara
Mesa Técnica Reforma a la Salud – Sesión 2 Octubre 3, 2024	Acemi	Propuestas de modificación de los artículos 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25.
Informe de Coyuntura. Proyecto de Reforma al Sistema de Salud V2.	ANDI	Comentarios generales sobre el proyecto de ley 312 de 2014 – Cámara Comparación con el Proyecto de ley 339 de 2023 – Cámara Comentarios particulares sobre cada uno de los artículos del PL 312
Observaciones ponencia Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara "por medio del cual se transforma el sistema de salud y se dictan otras disposiciones"	Gestarsalud	Propuestas de modificación a los artículos: 5,9, 11, 13, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 48.
Consideraciones alrededor de la discusión de la Reforma a la Salud	Así Vamos en Salud	Consideraciones generales sobre la situación financiera actual del sistema de salud
Planteamientos y preocupaciones del grupo de exministros y exviceministros de salud y protección social, frente al proyecto de Ley 312 de 2024 – Cámara, por el cual se transforma el sistema de salud		Consideraciones generales sobre el contenido que debe tener un proyecto de ley para transformar el sistema de salud
Comentarios de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC al Proyecto de Ley 312C sobre reforma al SGSSS Mesas técnicas	la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC	Comentarios sobre los artículos: 5, 9, 12, 17, 22, 26, 29, 33, 34, 41, 48. Sugerencias sobre asuntos que deben ser incluidos en la reforma
Proyecto de ley "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"	Salud Total EPS	Propuestas de modificación a los artículos 5, 22 y 25,
PL 312 RIITSS	Roberto Díaz González Sintrauma	Consideraciones sobre las redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud
Propuesta de ajuste al proyecto de ley "por medio del cual se transforma el sistema de salud en Colombia"	Asinfar	Propuestas de modificación a los artículos 5, 13, 21, 26, 28, 30. Propuesta de artículo nuevo
Propuesta de redacción para la ponencia PL C 312, 2024	Acemi	Propuestas de modificación a los artículos: 2, 3, 5, 9, 12, 16, 17, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 48,
Exposición de motivos. Proyecto de ley para un mejor sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) en la garantía del derecho fundamental a la salud.	Denis Honorio Silva Álvaro Enrique Molina Quiñones Diego Fernando Gil Cardozo	Borrador reservado de proyecto de ley de reforma al sistema de seguridad social en salud
Organización Territorial del Sector Salud	Roberto Díaz González	Propuesta de organización territorial del sector salud
Definición del Territorio de las Redes de Salud	Roberto Díaz González	Consideraciones sobre territorios sanitarios

2. OBJETO

La presente Ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) 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.

3. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL

Colombia es un Estado Social de Derecho, en ese sentido la meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido "(…) *la creación de condiciones razonables de vida* (…)"[1], lo cual guarda entera armonía con el hecho de que la Constitución Política establece como principios la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general. Si bien el derecho a la salud se encuentra en los artículos 48 y 49 de la Constitución, como un derecho social y prestacional que debe ser reglamentado y dirigido por el Estado, en pro de regular los diversos actores del sistema, la esencia y objetivo es garantizar la vida digna de quienes se encuentran dentro del territorio colombiano; su reconocimiento y garantía ha sido materia de gran debate.

Así, a través de los años la actividad judicial y, en especial la de la Corte Constitucional, ha acudido a esos principios para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna. La Corte Constitucional se ha referido al derecho a la salud como un derecho fundamental atípico, pues si bien se ubica en el acápite de los derechos sociales, su naturaleza se nutre de principios como el de solidaridad[2] y dignidad humana[3]", como también del derecho fundamental a la vida; así fue establecido por el alto tribunal en la Sentencia T-760 de 2008:

> *"[…] El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna […]"*

En dicha Sentencia, si bien no se declara el estado de cosas inconstitucional, si se afirma categóricamente que el modelo estructurado en 1993 es susceptible de mejoras, de ahí las 14 órdenes estructurales; esta decisión estratégica evitó la inconstitucionalidad de la Ley 100 (20), lo que le permitió un respiro y algunas modificaciones subsecuentes (Ley1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011) que tampoco han permitido la garantía del derecho a la salud en los términos definidos por la Corte Constitucional.

Después de múltiples propuestas e intensas discusiones, se logra la aprobación de la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015), la cual fue declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-313 de 2014, en cuya providencia se expone que:

> *En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud. Por lo que respecta al desarrollo jurisprudencial de la Corte sobre el derecho a la salud, se recordó que inicialmente se le estimaba como fundamental en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales. Igualmente se mencionó el cambio jurisprudencial en la definición y conceptualización del derecho fundamental, en particular, el peso de la dignidad humana en la calificación de un derecho como fundamental.*
>
> *La Corporación reiteró la importancia de los diversos elementos que caracterizan a un derecho como fundamental y en particular la transmutación del derecho en una garantía subjetiva en razón del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y la importancia de la existencia de consensos, en torno al carácter fundamental del derecho.*
>
> *La Sala, destacó los propósitos de la Ley Estatutaria, en particular, se hizo alusión a la exposición de motivos, enfatizándose en la relevancia de la Observación 14 como guía interpretativa y en la idea de una cobertura de beneficios que tuviese como límite lo excluido por la Ley.*

De ahí que la Corte Constitucional afirma, dentro de la misma decisión, que "(…) *es de esperarse que, en la legislación ordinaria y su reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad*". Igualmente, en la Sentencia queda claro que el pluralismo estructurado no es un elemento estructural del derecho a la salud, como tampoco lo son las Entidades Promotoras de Salud(20), y ratifica las funciones indelegables del Estado en cuanto a la dirección, supervisión, organización, regulación y control de prestación del servicio de salud; esto último en los siguientes términos:

> *Finalmente, por lo que concierne a la caracterización del derecho, encuentra la Sala que lo atributos estipulados por el legislador no agotan los que puedan predicar de la salud como derecho fundamental. Así por ejemplo, en la observación 14 del comité de derecho*

1 Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 "Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales.

2 Sentencia C-313 de 2014: "(…) El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. (…)".

3 Sentencia C-313 de 2014: "(…) Una síntesis de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión "dignidad humana" como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcionalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)" (Sentencia T-881 de 2002 M.P. Montealegre Lynett)

económicos, sociales y culturales, se ha connotado al derecho a la salud como derecho inclusivo, con lo cual se abarca la atención a diversos factores determinantes de la salud. Para la Corte, se impone en este punto una interpretación amplia, con lo cual la caracterización aludida, podrá expandirse e incorporar otras cualidades que tiendan a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. No advirtiéndose, pues, razones que conduzcan a la Corporación a censurar el enunciado legal en estudio y, conforme con los presupuestos anotados, se declarará la constitucionalidad de rigor.

Así pues, procederá la Corte a pronunciarse a favor de la exequibilidad del artículo 2 del Proyecto, atendiendo los presupuestos interpretativos que se orientan a una lectura amplia del derecho.

La Corte recalcó que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores mismos del sistema de salud, siendo competencia del Ministerio de Salud presentar la propuesta de reforma que permita resolver los problemas al: (i) Manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) la prevención y atención de la enfermedad; (iii) la rectoría del sistema de salud en cabeza del Estado -como modelo de salud de aseguramiento público-; (iv) el acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) el saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) la regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; y (vii) la inspección, vigilancia y control.

Estos contenidos de la Constitución Política y la Ley guardan entera armonía con los principios y mandatos que forman parte del denominado bloque de constitucionalidad y que aluden a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación general N.°14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.º 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, se ha acudido a las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así como a la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación General 6.

2. ESPACIO PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA EN EL ACTUAL SISTEMA DE SALUD

La eficiencia en los sistemas de salud se refiere a la correlación entre el dinero invertido y la salud obtenida por ello (16,21). Pueden diferenciarse dos clases:

a. **Asignativa** ("hacer las cosas correctas"): Hace referencia a la asignación de recursos a los servicios que obtienen mayor ganancia en resultados en salud. Ejemplos de asignación ineficiente son: priorización inadecuada, ausencia de guías de práctica clínica, reportes con información incompleta y gobernanza inadecuada del sistema (21).

b. **Técnica** ("hacer las cosas bien"): Se refiere a la obtención de productos con la menor cantidad de posible de recursos o insumos; ejemplo de esta ineficiencia es: duplicación de exámenes, reingresos evitables o estancias hospitalarias prologadas(21).

Utilizando el *Análisis Envolvente de Datos – DEA* (Data Envelopment Analysis – DEA) Izquierdo y cols. (2018) identificaron que: "*una mejor gobernanza y calidad institucional de los sistemas de salud influyen en la eficiencia con la que los países traducen un determinado presupuesto para la salud en mejores resultados de salud de la población, acceso y equidad en el acceso a los servicios*" (21). Adicionalmente, Izquierdo y cols. encontraron que los estudios en los países de ingresos más altos muestran que las puntuaciones de eficiencia superiores están asociadas con menos aseguradoras, con modelos de prestación de servicios de salud donde los médicos de atención primaria orientan la puerta de entrada y con sistemas de salud descentralizados.

Se ha demostrado que la prestación de servicios de diagnóstico y de tratamiento oportunos y de alta calidad en la atención primaria previene el deterioro agudo, la progresión y las complicaciones en personas enfermas. Además, la gestión proactiva de las enfermedades en la atención primaria puede contribuir a contener el gasto en salud, al reducir o incluso evitar la necesidad de visitas de urgencia, hospitalizaciones o procedimientos más complejos (21). Igualmente, la subutilización de la atención primaria, además de ineficiente, tiene como resultado la calidad subóptima del cuidado; lo cual, no solo pone en peligro la salud de las personas, sino que se pierden oportunidades de ahorro.

En la eficiencia del sistema de salud, influyen también de forma importante: a) la efectividad del gobierno, b) la transparencia, c) la participación ciudadana en la formulación de políticas, y d) la calidad regulatoria (21).

El análisis en América Latina y el Caribe muestra que persisten grandes ineficiencias en los sistemas de salud, debido sobre todo al segmentado despliegue de la atención primaria; se calcula que para el año 2009 se podrían haber prevenido un promedio de 9,6 millones de hospitalizaciones (el 19% del total de egresos) por año mediante una atención primaria accesible, oportuna y adecuada; por lo cual, el costo anual para la región de las hospitalizaciones evitables se estimó en un 2,4% del gasto público total en salud y en un 1,5% del total de gastos en salud(16).

Específicamente para el sistema de salud colombiano, un reciente informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)(16) concluye que la eficiencia del gasto del sistema de salud colombiano es menor comparada con otros países, ocupando el puesto 10 entre 25 países de Latinoamérica y el Caribe. El informe detalla que, si bien, Colombia gasta 0,5 puntos porcentuales por debajo del promedio de la muestra de los 47 países analizados (8,5%) y un (1) punto porcentual por encima del promedio de los países latinoamericanos (7%), el país "compra un poco menos de salud por cada peso gastado por persona que el promedio de países estudiados por la OCDE" y que en caso de mejorar la eficiencia podría aumentar entre 6 meses y hasta 4 años la esperanza de vida de la población.

El informe detalla cuatro (4) áreas clave en las que el país debería trabajar para mejorar la eficiencia del sistema de salud:

a. **Disminución de Gasto administrativo**
En los países de la OCDE este gasto es en promedio de 3,5%; para Colombia este rubro reporta en promedio en 5,4%.
De acuerdo con el BID el gasto administrativo excesivo puede reflejar ineficiencias en la gestión o en la gobernanza de sistema, por ejemplo, en la duplicidad de funciones.

b. **Desarrollo de la Atención Primaria**
Colombia debe aumentar la resolutivita y la calidad de la atención primaria en salud, lo cual permitiría:

- Ofrecer mejor atención a las personas que tienen enfermedades crónicas y así disminuir la tasa de hospitalizaciones por causas susceptibles de atención en el nivel primario de atención.
Se calcula que el 17% del gasto en hospitalizaciones, obedece a causas prevenibles; esta mejora significaría un ahorro aproximado de 1.7 billones al año (3% del gasto en salud).
- Disminuir el uso de servicios de urgencias, puesto que es el doble de la encontrada en los países de la OCDE. En Colombia, la tasa estimada de servicios de urgencias es de 58 por cada 100 afiliados, lo que casi duplica al promedio de la OCDE, que asciende a 31 por cada 100 personas.
Dicho sobreuso de urgencias puede estar explicado por la limitada capacidad resolutiva en el primer nivel.

c. **Enfocar el sistema hacia la promoción y prevención**
El sistema de salud colombiano tiene poco impacto sobre los estilos de vida modificables asociados a la presencia de enfermedades crónicas.
Los resultados para el país muestran que una reducción del 10% en la incidencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas cardiovasculares (tabaco, hipertensión arterial, niveles altos de glucosa en sangre y alcohol) disminuiría el gasto proyectado en salud en casi 2%.

d. **Mejorar el gasto en medicamentos**
Para 2021, la OCDE evidenció un gasto público promedio en medicamentos de alrededor del 12 a 15%; por su parte, Colombia registra un gasto de 4 a 7 puntos porcentuales por encima en el mismo rubro.
Adicionalmente, el país registra una diferencia de 20% entre el precio de compra en el laboratorio mayorista de medicamentos y el precio que paga el sistema de salud.

En el mismo sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en su reciente informe Health at a Glance 2023 (22), analizó en qué medida el gasto en salud de los países miembros de la organización se correlaciona con una mejora en dos dimensiones: resultados de salud y acceso a la atención en salud de calidad.

Las Figuras 1 y 2 ilustran la correlación entre gasto en salud y resultados en salud para los países de la OCDE. Como lo ilustra la Figura 1: "*Esperanza de vida y gasto en salud*", hay una relación positiva entre las dos variables mencionadas; de la muestra de 38 países, aquellos ubicados en el cuadrante superior derecho (18 en total) tienen un gasto en salud mayor y una esperanza de vida mayor que el promedio de la OCDE. Caso contrario, los 11 países ubicados en el cuadrante inferior izquierdo registran gastar menos en salud como proporción de su PIB, y tener una esperanza de vida menor que el promedio de la OCDE; en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Para el caso de las variables analizadas en la Figura 2: *"Mortalidad evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud"*, también existe una asociación positiva. En la muestra de países analizados, 18 registran un gasto superior al promedio y tasas de mortalidad evitables más bajas (cuadrante inferior derecho), mientras 10 países gastan menos en salud que el promedio de la OCDE y evidencian más muertes que podrían haberse evitado (cuadrante superior izquierdo); en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Figura 1. *Esperanza de vida y gasto en salud*

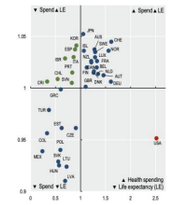
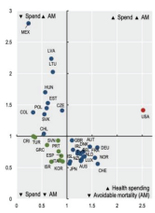


Figura 2. *Mortalidad Evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud*

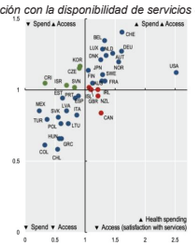


Fuente: *OECD (2023), Health at a Glance 2023.*

En la Figura 3 se analizan los resultados en acceso a salud respecto al gasto en dicho rubro. Se evidencia una correlación positiva entre las dos variables, ubicando en el cuadrante superior derecho a 14 países con un gasto superior al promedio de la OCDE y una mayor proporción de población satisfecha con la disponibilidad de atención médica de calidad. Por su parte, en el cuadrante inferior izquierdo, 14 países registran un gasto en salud menor y una menor porción de la población satisfecha con el acceso a servicios de

salud de calidad respecto al promedio de la OCDE; en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Figura 3. *Satisfacción con la disponibilidad de servicios de calidad y gasto sanitario*



Fuente: *OECD (2023), Health at a Glance 2023.*

De esta manera, se demuestra que Colombia registra bajos resultados en salud en correlación con su nivel de gasto. Esto puede explicarse por fallas en la eficiencia asignativa del sistema de salud, en concordancia con las conclusiones del estudio previamente citado del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Además, dicho nivel de ineficiencia toma particular relevancia teniendo en cuenta que, aún ante escenarios de aumentos considerables en el presupuesto destinado al sector salud, los resultados del gasto continuarían viéndose limitados de mantenerse el esquema vigente de asignación del mismo; obedeciendo a las conclusiones del BID, un 20% del presupuesto en salud seguiría desviándose a gasto ineficiente.

En igual sentido, *The Lancet Global Health Commission on financing primary health care,* (Lancet Global Health 2022) (168), recomienda que los países deben invertir más e invertir mejor en la APS para priorizar a las personas y, en primer lugar, abordar las desigualdades. Los acuerdos de financiación centrados en las personas para la APS exigen un enfoque unánime a nivel gubernamental, que involucre a todos los ministerios con un ámbito de actuación relacionado con el sector de la salud y la sociedad civil, mediante dos acciones: 1) Invertir más en la APS para alcanzar las metas de desarrollo sustentable, brindar una cobertura médica universal y lidiar mejor con la próxima crisis sanitaria, y 2) Proteger a las personas y promover la equidad asignando recursos de la APS según las necesidades médicas de la población y garantizar que los recursos adecuados lleguen a los proveedores de primera línea de la APS.

3. RECTORÍA Y GOBERNANZA DE ACTUAL SISTEMA DE SALUD

La adecuada rectoría[4] y gobernanza[5] es fundamental para el óptimo funcionamiento del sistema de salud (3); tanto así, que la OPS/OMS han definido el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud como el segundo objetivo de la Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 – 2030 (23); al respecto, consideran que: "*el logro de este objetivo requiere el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, el establecimiento o fortalecimiento de los mecanismos de participación social y el diálogo para promover la formulación y ejecución de políticas inclusivas, al igual que la rendición de cuentas y la transparencia*".

En Colombia, durante los últimos 30 años, se ha presentado la combinación de dos factores que progresivamente han llevado al debilitamiento de la autoridad sanitaria expresada en la pérdida en el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública, incluyendo la capacidad para la organización de los servicios de salud, y el marchitamiento de la red pública hospitalaria; estos factores son: a) disminución de la transferencia de recursos a los municipios y departamentos, y b) marco normativo orientado a la reducción del Estado.

En relación al primer aspecto, se destacan:

- El Acto Legislativo 01 de 2001
- El Acto Legislativo 04 de 2007

Como ejemplos del marco normativo orientado la reducción del Estado se subrayan las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993 los hospitales públicos fueron transformados en Empresas Sociales del Estado (ESE), entre 1996 - 1999, previo cumplimiento de requisitos. Sus ingresos pasaron del subsidio a la oferta, al subsidio a la demanda, o el pago por venta de servicios en un sistema de aseguramiento según contrataciones con administradoras, y avales de interventorías-auditorías. Se favoreció el crecimiento administrativo y los costos de operación, afectando los ingresos y la financiación de las ESE (24).

- El documento Conpes 3204 de 2001 - 2002 del Consejo Nacional de Política Económica y Social, el cual viabilizó la reestructuración de las ESE entre 2002 y 2004, con resultados contractuales flexibilizados y tercerizados a través de cooperativas de trabajo asociado, con procesos previos de indemnización de trabajadores (24).

- La política de prestación de servicios (PPS) del 2005, que estableció un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo para los procesos de reestructuración de los hospitales públicos. Ambas políticas (Conpes 3204 de 2001-2002 y PPS-2005) tuvieron como objeto la disminución de costos laborales con la tercerización/intermediación. El gobierno nacional sometió a las ESE a convenios de desempeño por 10 años que implicaron pagos a través de créditos condonables, entregados para el financiamiento y sostenimiento, según condiciones de resultados de evaluaciones desde las secretarías departamentales de salud, con apoyo del Ministerio de Hacienda, y que serían retornados ante incumplimientos de condiciones. Este sometimiento implicaba para las ESE la restricción en el aumento de su oferta, de sus ingresos, financiación y crecimiento(24).

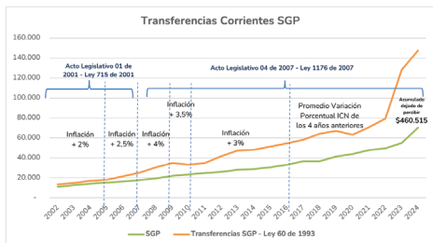
- La Declaratoria de la emergencia social en salud (2009-2010) la cual estableció la Política de Categorización de Riesgo Fiscal y Financiero (PCRFF) de las ESE, que daba los criterios para categorizarlas en riesgo alto, medio, bajo y sin riesgo según su capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes frente a los ingresos operacionales corrientes, es decir, las deudas del año presente y las anteriores se pagan con recursos del año presente producto de recuperación de cartera o pagos de facturación vigente. La categorización, declarada inexequible en 2011, fue retomada en la Ley 1438 de 2011 y en la Resolución 2509 de 2012 para definir la permanencia de las ESE en el mercado (24).

- El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) emitió ocho resoluciones entre 2012 y 2019 con diferentes criterios de declaratoria de riesgo, donde el Índice de Riesgo se definió sólo con el indicador de Solvencia Financiera, esto es, teniendo en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes (art. 2 Res. 2309 de 2012). Este índice no tiene en cuenta todos los criterios planeados: a) lo presupuestal y financiero, b) la prestación del servicio y c) el mercado; de hecho, estos dos últimos quedaron excluidos. Las variables financiación y permanencia se condicionaron al cumplimiento de los planes de mejoramiento entre ESE y Estado (24).

- Ley 1508 de 2012 que proyectó el presupuesto de las ESE teniendo como base solo el recaudo (lo facturado) y no el reconocimiento (lo adeudado por las administradoras), lo que limitó la capacidad de oferta de las ESE por diez años, situación agravada por el sometimiento a carteras morosas acumuladas (24).

De acuerdo con los cálculos del Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2002 y 2024 las modificaciones sucesivas de la transferencia del SGP, las Entidades Territoriales han dejado de percibir $460,515 billones, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 4. *Cálculo de ingresos dejados de percibir por la Entidades Territoriales*



Cifras en Miles de Millones de Pesos – Corrientes 2002 - 2024

Fuente:

- MHCP - Presupuestos de Ingresos - 1.1. Ingresos Aforados - Recaudos - https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogralnacion/bitcoraeconmica
- DNP - SICODIS - Apropiaciones del Sistema General de Participaciones - https://sicodis.dnp.gov.co/

Tabla 1. Cálculo de recursos dejados de percibir por las Entidades Territoriales

Vigencia	ICN	SGP	VAR SGP	%	Transferencias SGP - Ley 60 de 1993	SGP VS. 46,50%
2002	29.132	11.018		38%	13.546	2.528
2003	31.891	12.901	17%	40%	14.829	1.928
2004	36.788	14.170	10%	39%	17.107	2.937
2005	38.997	15.249	8%	39%	18.133	2.885
2006	46.316	16.308	7%	35%	21.537	5.229
2007	54.073	17.575	8%	33%	25.144	7.569
2008	66.212	19.393	10%	29%	30.789	11.396
2009	75.436	22.149	14%	29%	35.078	12.929
2010	71.161	23.596	7%	33%	33.090	9.494
2011	75.114	24.757	5%	33%	34.928	10.171
2012	89.501	26.000	5%	29%	41.618	15.618
2013	102.090	28.242	9%	28%	47.472	19.230
2014	103.856	28.876	2%	28%	48.293	19.417
2015	110.560	30.611	6%	28%	51.411	20.800
2016	117.118	33.258	9%	28%	54.460	21.202
2017	125.142	36.547	10%	29%	58.191	21.644
2018	138.108	36.748	1%	27%	64.220	27.472
2019	144.191	41.257	12%	29%	67.049	25.792
2020	135.636	43.847	6%	32%	63.071	19.223
2021	151.749	47.675	9%	31%	70.563	22.888
2022	170.852	49.565	4%	29%	79.446	29.881
2023	275.634	54.936	11%	20%	128.170	73.233
2024	317.400	70.541	28%	22%	147.591	77.050
				Total dejado de percibir		**$ 460. 515**

Cifras en Miles de Millones de Pesos – Corrientes 2002 - 2024

Fuente:

- MHCP - Presupuestos de Ingresos - 1.1. Ingresos Aforados - Recaudos - https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntOrdenNacional/pages_presupuestogralnacion/bitcoraeconmica
- DNP - SICODIS - Apropiaciones del Sistema General de Participaciones - https://sicodis.dnp.gov.co/

[4] Rectoría: Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud(25).
[5] Gobernanza: Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud(25).

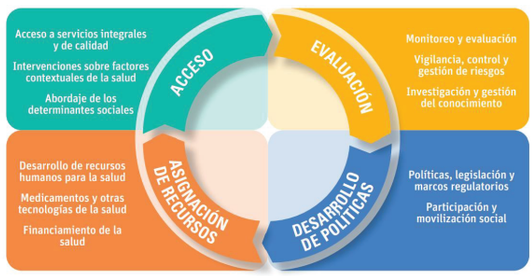
Los efectos que estas medidas han tenido en las Entidades Territoriales, principalmente en su rol de autoridad sanitaria, principalmente en cuanto a la organización de los servicios de salud, se describe a continuación:

3.1. Capacidades del gobierno central y descentralizado para ejercer las Funciones Esenciales de la Salud Pública:

De acuerdo con la OMS/OPS las funciones esenciales de salud pública (FESP) son las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población.

Bajo el liderazgo de la OPS y debido a la necesidad de una visión más integral para la salud pública a fin de enfrentar los desafíos del siglo XXI, en el año 2020 se realizó la renovación de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) en las Américas (25), basado en las cuatro etapas del ciclo de política pública se definieron once (11) funciones esenciales que deben ser realizadas por las autoridades sanitarias (AS), se muestran en la siguiente figura.

Figura 5. *Funciones esenciales de salud pública*



Fuente: Tomado de OPS (2020)

Considerando estos elementos, durante el año 2023 se realizó una medición nacional de las FESP renovadas en Colombia[6] , donde participaron los 32 departamentos del país, estableciendo el perfil de las capacidades de gobierno central y descentralizado como un referente para su fortalecimiento progresivo; elemento estratégico para avanzar hacia la garantía del derecho fundamental a la salud. El resultado de este ejercicio se materializó en el libro denominado: **"Funciones Esenciales de Salud Pública. La capacidad del gobierno cerca de la salud de las personas, familias y comunidades. Colombia 2023"**(26).

[6] Esta medición fue realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Colombiana de Salud Pública.

Para la medición, se utilizó el instrumento creado por la OMS/OPS y adaptado para el contexto colombiano, que basado en el ciclo de políticas públicas permite caracterizar las FESP en un enfoque integrado y medir el grado de cumplimiento de los estándares para cada una. Estos estándares describen un nivel óptimo de capacidad instalada que garantiza que puedan utilizarse para lograr una mejora continua. Cada FESP se evalúa mediante un conjunto de 5 a 10 preguntas adaptadas a la situación del país en términos de políticas de salud y áreas temáticas específicas; esto permite una evaluación rápida del nivel de capacidad instalada para cada FESP.

Se realizaron tres momentos de la evaluación, el primer presencial el modalidad de taller presencial, con diligenciamiento por parte de las autoridades territoriales del cuestionario de medición; un segundo momento con el Ministerio de Salud y Protección Social y las instituciones adscritas, en las que evaluaron la forma de apoyo e interacción hacia los territorios; y un último momento en el cual los equipos técnicos de las secretarías de salud realizaron la evaluación in situ del cumplimiento de las FESP.

Los resultados de la medición de cumplimiento de cada función por departamento se encuentran la publicación referida, pero en términos generales se destacan las siguientes conclusiones:

1. El análisis muestra brechas significativas en varias FESP en la mayoría de las regiones del país como: desarrollo de recursos humanos en salud (FESP 6), promoción y gestión de investigación en salud (FESP 3), acceso y uso adecuado de medicamentos y tecnologías sanitarias (FESP 7) y gestión de intervenciones en determinantes sociales de la salud (FESP 11).

2. Se resalta la variabilidad en las capacidades a lo largo del territorio. Los departamentos de Huila, Magdalena, Guaviare, Putumayo, Santander, Amazonas, Vaupés, Cundinamarca, Norte de Santander, Chocó y Boyacá han autoevaluado que sus capacidades son mínimas en general. En estos departamentos, las deficiencias principales están en el monitoreo y evaluación (FESP 1), desarrollo de recursos humanos en salud (FESP 6) y acceso a medicamentos y tecnologías (FESP 7), como previamente se mencionó a nivel nacional.

3. En general, las secretarías departamentales de salud han desarrollado en alto grado las capacidades para realizar la FESP 1, de manera específica los Análisis de Situación de Salud (ASIS), la vigilancia en salud pública y la adopción de los protocolos de IVC para la gestión de riesgos en salud, a pesar de que se evidencian limitaciones con respecto a la suficiencia de recursos y a la disponibilidad del recurso humano requeridos con diferencias en las regiones. Se observó una debilidad sistemática en la participación social en los procesos del ASIS para identificar a nivel micro territorial las inequidades en salud.

4. En la mayoría de los departamentos, el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud y la medición de las desigualdades en salud es incipiente. Esta situación dificulta establecer planes articulados con los diferentes sectores del desarrollo.

5. Con relación a la FESP 4: Políticas, legislación y marcos regulatorios; los hallazgos evidencian que la normatividad en salud vigente en el país es de difícil adaptación a las realidades territoriales de las regiones apartadas de los centros urbanos y con alta dispersión poblacional.

6. Los planes territoriales de salud no se armonizan con los planes departamentales y con los planes nacionales de desarrollo, lo que genera dificultades al momento de establecer metas, indicadores y asignar los recursos para el sector salud y para el abordaje de los Determinantes Sociales de Salud. La participación de la comunidad en los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas en salud es incipiente en los territorios

7. En relación con la FESP 6: el proceso de gestión y desarrollo de recursos humanos en salud se ha implementado escasamente en la mayoría de las secretarías departamentales de salud. Este ha estado dirigido especialmente a los vinculados con el sector público y a lo relacionado con el Servicio de Salud Obligatorio de profesionales de la salud. Es importante señalar, como elemento transversal, las debilidades en suficiencia y competencias del recurso humano para garantizar el cumplimiento de la Gestión en Salud Pública.

8. Los resultados evidencian que los recursos que con mayor frecuencia disponen y financian acciones de salud en los territorios son los provenientes del SGP para salud pública, y que resultan insuficientes para garantizar las funciones que tienen las entidades territoriales. La ejecución de los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas no es eficiente en la mayoría de los departamentos debido a limitaciones para la contratación oportuna y continua del recurso humano; esto deriva de la falta de armonización de las normas sobre cierres presupuestales y trámites al interior de las administraciones.

9. La articulación de los recursos que financian las intervenciones individuales para la atención en salud, unidad de pago por capitación, con los recursos destinados a las intervenciones poblaciones y colectivas (SGP y rentas cedidas), es mínima en la mayoría de los territorios. Esta realidad, asociada a la concentración de recursos en las ciudades y a la alta complejidad, incide en el logro de los resultados en salud.

10. En varios departamentos con presencia de comunidades indígenas hay un bajo nivel de implementación del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural, debido principalmente falta de recursos financieros, de información y del recurso humano calificado para acompañar esos procesos

11. Sobre la FESP 11 (acceso a servicios integrales y de calidad), la exigencia de documento de identidad para procesos de aseguramiento y atención en salud se ha convertido en una barrera para grupos de población con alta vulnerabilidad y en poblaciones dispersas que aún no cuentan con este requisito legal (migrantes y territorios rurales dispersos). En general, los resultados sugieren inequidad en el acceso efectivo a los servicios de salud, lo que afecta a las poblaciones más alejadas de los centros urbanos y de manera crítica a los más vulnerables, entre ellos, la población materno-infantil.

12. Existe una limitada conformación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud para la garantía del acceso efectivo a los servicios, esto en razón de la débil autoridad sanitaria y la falta de integración de los actores del sistema, especialmente con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios; adicionalmente, los documentos de red de servicios de salud que elaboran las secretarías departamentales de salud contemplan solamente la oferta pública de servicios, lo que limita conocer la suficiencia de la red a nivel departamental. En la mayoría de los departamentos no se desarrolla una coordinación apropiada para la planificación y utilización de la oferta de servicios de salud a nivel territorial.

13. Las entidades descentralizadas de salud del país: INS, INVIMA e IETS, evidencian un adecuado desarrollo técnico, sin embargo, es necesario fortalecer los procesos de asistencia técnica y acompañamiento a las autoridades territoriales y la coordinación con el MinSalud. La debilidad en la articulación intersectorial e interinstitucional limita el desarrollo de acciones integrales de IVC.

Este resultado, conlleva a la necesidad de construir un plan de cierre de brechas en cada uno de los grupos de funciones, con el propósito de mejorar la capacidad de respuesta de la institucionalidad de la salud pública dirigida a: Fortalecer la evaluación de condiciones de salud y vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental, el acceso a los servicios de salud, la acción sobre los determinantes de la salud y la participación de la sociedad civil para construir soluciones orientadas a proteger la salud y la vida.

3.2. Capacidad nacional y regional para la conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud a nivel territorial.

La organización de los servicios de salud es un elemento central para la garantía del derecho fundamental a la salud; como se mencionó en la sección anterior, la responsabilidad en dicha organización es una Función Esencial de la Salud Pública (FEPS 9), y a la vez es una competencia indelegable del Estado, como lo indica el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 (Estatutaria en Salud):

> ***Artículo 2°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.*** *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*
>
> *Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.* (Subrayado fuera de texto original).

Por lo anterior, y como una fase siguiente a la medición de capacidades de rectoría y gobernanza territoriales en salud, en el mes de noviembre de 2023, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, se realizó el taller "**Análisis funcional y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud - RIISS"** [7] con el objetivo de facilitar el proceso de análisis funcional y establecer la viabilidad para la implementación y desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud – RIISS

[7] Este taller fue realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Colombiana de Salud Pública

contribuyendo al fortalecimiento de capacidades en las Entidades Territoriales (ET); el taller contó con la participación de representantes de 23 departamentos y distritos del país.

Los participantes del taller reconocieron los conceptos fundamentales de la estrategia de Atención Primaria en Salud, el marco operativo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, los ámbitos y atributos determinantes para la conformación de las RIISS, y caracterizaron el contexto y la operación actual de los servicios de salud en su territorio.

Tal y como se halló en la medición de las FESP, para la realización de análisis funcional y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud existen importantes disparidades y barreras territoriales, que limitan la posibilidad del desarrollo de las RIIS; a continuación se presentan los principales barreras según ámbito de abordaje de las RIISS[8]:

Tabla 2. Barreras para el desarrollo de RIISS

AMBITO DE ABORDAJE	BARRERAS IDENTIFICADAS POR LA AUTORIDAD TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE RIISS
Modelo asistencial	- Concentración de servicios de mediana y alta complejidad en ciudades capitales - Falta de talento humano en salud en los territorios, - Habilitación de servicios de salud que desconoce el contexto social y cultural.
Gobernanza	- Debilidad en la participación social y comunitaria, - Carencia de liderazgo y empoderamiento de la entidad territorial para la articulación de los actores, - Ausencia de órganos intersectoriales que contribuya con la planeación
Asignación de recursos	- Asignación de recursos no alineada a las metas, ni al contexto del territorio; - Evaluación de desempeño de gerente de hospitales públicos es por resultados financieros y no por resultados en salud.
Organización y gestión	- Debilitamiento del primer nivel de atención y poca tecnología básica, - Escasez de talento humano - Falta de integridad entre lo clínico, administrativo y logístico

Los resultados del taller fueron sistematizados para cada uno de los departamentos, considerando las barreras identificadas y las estrategias establecidas para la superación, y se encuentran en el: **"Documento sistematización: análisis funcional y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud"** (27).

Los efectos que estas medidas han tenido en las Entidades Territoriales, en su rol de autoridad sanitaria, y en la Red Pública Hospitalaria, han sido suficientemente estudiado (26,28–33). Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social con conjunto con la OPS/OMS y la Asociación Colombiana de Salud Pública realizaron la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública renovada(26) encontrando que:

1. La implementación del enfoque y ejercicio intersectorial de Determinantes Sociales de la Salud e inequidades es incipiente.
2. Las formas de contratación del recurso humano en salud pública afectan su dignidad laboral y la continuidad en las funciones de las autoridades sanitarias territoriales.
3. Existe una gran capacidad técnica en el INS, INVIMA e IETS que todavía no se despliega de forma suficiente para apoyar las entidades territoriales.
4. La normatividad vigente en salud no se adapta a la diversidad territorial del país.
5. La coordinación interinstitucional e intersectorial para el cumplimiento de las FESP es muy débil, en especial para las funciones de inspección, vigilancia y control en salud pública.
6. Existen mecanismos de participación social en procesos de rendición de cuentas, pero no consolidados en fases de diagnóstico, implementación y monitoreo de políticas y programas.
7. Los recursos destinados a financiar las acciones de salud pública en los territorios se tornan insuficientes para garantizar las múltiples competencias asignadas por norma a las Entidades Territoriales.
8. La débil gobernanza de la autoridad sanitaria y la relación tensa y conflictiva sobre el poder en el manejo de las redes de servicios de salud incide negativamente en la conformación de redes integradas para la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud.
9. La asimetría en capacidades de los territorios incide en los resultados esperados en términos de abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, la promoción de la salud y el acceso a servicios integrales de calidad.

Por tanto, el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza en salud es una tarea necesaria para la transformación del sistema, que el país necesita. En la tarea, además dela generación de capacidades a nivel territorial y nacional, se hace fundamental la recuperación de espacios colectivos para la toma de decisiones concertadas que promuevan en diálogo y que superen los intereses rentistas individualistas que prevalecen en nuestro sistema (34), para avanzar hacia un modelo inspirado en los valores de la solidaridad, la equidad y el mayor nivel de salud posible para los colombianos.

4. COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

Desde 1994 a la fecha han tenido autorización para operar un total de 157 Entidades Promotoras de Salud, de las cuales 130 han sido liquidadas, o se encuentran en proceso de liquidación; actualmente, se encuentran activas, tan solo 27, para los dos regímenes, más dos Entidades adaptadas para operar el aseguramiento.

Tabla 3. Histórico de EPS: autorizadas, liquidadas, en liquidación y vigentes

Régimen	Autorizadas	Liquidadas y/o en liquidación	Vigentes a Marzo 2024
Subsidiado	122	108	14
Contributivo	27	17	10
Subsidiado y Contributivo	8	5	3
TOTAL	**157**	**130**	**27***

*No se contabilizan dos Entidades Adaptadas para operar el aseguramiento: EPM y Ferrocarriles Nacionales

***Fuente**: Elaboración propia con información de la Superintendencia Nacional de Salud*

Ahora bien, como se muestra en la siguiente tabla el mayor periodo de intervenciones de EPS para liquidar se dio durante los años 1998 – 2002; seguido de los periodos 2010 – 2014 y 2018 – 2022.

Tabla 4. Histórico de EPS liquidadas e intervenidas para administrar. 1998 – Abril 2024

Periodo	Intervenciones para liquidar	Solicitud de retiro voluntario	Intervenciones para administrar
1998 – 2002 Andrés Pastrana	78	1	Sin dato
2000 – 2006 Álvaro Uribe Vélez	3	3	Sin dato
2006 – 2010 Álvaro Uribe Vélez	3	0	Sin dato
2010 – 2014 Juan Manuel Santos	14	2	7
2014 – 2018 Juan Manuel Santos	4	5	0
2018 – 2022 Iván Duque	11	1	2
2022 – Actual Gustavo Petro Urrego	4	0	7
TOTAL	**117**	**12**	**16**
TOTAL LIQUIDADAS			

***Fuente**: Construcción propia a partir de información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud*

Como puede observarse, el proceso de intervenciones para administración o liquidación de EPS ha estado presente durante toda la existencia del SGSSS, y durante este Gobierno no se ha dado un aumento significativo.

Ahora bien, es importante resaltar que los procesos de liquidación han dejado tras de sí una importante cartera en el sector, como se muestra en la siguiente tabla, en la que se comparan el valor reclamado, con el reconocido y efectivamente pagado, durante los periodos 2008 – 2016 y 2017 – 2024.

Tabla 5. Gestión de acreencias de EPS liquidadas por periodos

	Periodo 2008 - 2016	Periodo 2017 – 2024
Valor reclamando	$ 124.240.106.517	$ 30.151.132.352.149
Valor total reconocido	$ 39.590.045.517	$ 9.481.755.710.957
Valor pagado	$ 39.388.998.636	$1.047.459.988.568

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud

Como puede observarse, para ambos periodos es reconocido solamente el 30% de las acreencias reclamadas; y pagado para el primer periodo el 99% y para el segundo tan solo el 11%. Lo que pone en evidencia que el fracaso de las EPS para el cumplimiento de su objeto social ha dejado al país no solo la afectación en la prestación del servicio de salud sino también grandes deudas con prestadores, proveedores y talento humano en salud.

Actualmente, nueve (9) Entidades Promotoras de Salud – EPS tienen algún tipo de medida especial, ya sea una intervención forzosa para administrar o medida de vigilancia especial. Esta situación significa que el 52% de las personas afiliadas al SGSSS (tablas 4 y 5) se encuentran en alguna EPS que ha demostrado incapacidad de desarrollar adecuadamente su objeto social y cumplir con sus obligaciones legales.

Tabla 6. Cantidad de personas afiliadas por tipo de EPS

Régimen de afiliación	N° de EPS	Afiliados a marzo de 2024
Contributivo	12	22.445.284
Subsidiado	14	10.165.343
Contributivo y Subsidiado	3	16.996.443
TOTAL	**29***	**49.607.070**

*Se incluyen las Entidades Adaptadas para Operar el aseguramiento (EPM y Ferrocarriles Nacionales)

***Fuente:** Superintendencia Nacional de Salud*

Tabla 7. Distribución de personas por EPS con alguna medida especial

Entidad	Régimen	Tipo de medida	# Afiliados al Régimen Contributivo	# Afiliados al Régimen Subsidiado	Total
Nueva EPS	Contributivo y Subsidiado	Intervención forzosa para administrar	4.805.668	6.242.266	11.047.934
EPS Sanitas	Contributivo	Intervención forzosa para administrar	4.363.620	1.436.427	5.800.047
Famisanar	Contributivo	Intervención forzosa para administrar	1.935.213	906.904	2.842.117
Emssanar E.S.S	Subsidiado	Intervención forzosa para administrar	111.249	1.664.027	1.775.276
Savia Salud EPS	Subsidiado	Intervención forzosa para administrar	134.187	1.537.901	1.672.088
Asmet Salud	Subsidiado	Intervención forzosa para administrar	71.317	1.557.183	1.628.500
Servicio Occidental de Salud EPS SOS	Contributivo	Intervención forzosa para administrar	570.282	181.012	751.294
Dusakawi	Subsidiado	Medida preventiva de vigilancia especial	10.169	273.112	283.281
Capresoca	Subsidiado	Medida preventiva de vigilancia especial	19.089	156.324	175.413
		TOTAL	**12.020.794**	**13.955.156**	**25.975.950**

***Fuente:** Elaboración propia con información de la Superintendencia Nacional de Salud*

Durante el año 2024 la Superintendencia Nacional de Salud decidió la intervención forzosa para administrar de tres EPS, lo anterior debido a las fallas encontradas continuas evidenciadas durante los procesos de inspección y vigilancia; la medida tiene por objeto mejorar la prestación de servicios de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud, y proteger el uso de los recursos públicos que lo financian, el 6 de junio, el Superintendente Nacional de Salud, en rueda de prensa, presentó al país los principales conclusiones de la fase diagnóstica de la intervención (35):

a. Incremento en gastos operativos injustificados y asociados al funcionamiento de prestadores de servicios de salud.
b. Ocultamiento de facturación.
c. Aumento de costo médico entre los años 2022 y 2023.

[8] Para la organización y conformación de las RIISS, la OPS propone un esquema de catorce (14) atributos esenciales agrupados en cuatro (4) ámbitos de abordaje.

d. Mayoría de contratación bajo la modalidad por evento.
e. Realización de pagos a prestadores sin el cumplimiento de las condiciones definidas en los contratos y sin la verificación de la calidad de la prestación.
f. Direccionamiento de contratos hacia Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las que se configura conflicto de interés, por participación accionaria.
g. Ausencia de caracterización poblacional que oriente las acciones en salud.
h. Debilidad en los registros de atenciones.
i. Bajo cumplimiento de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud.
j. No hay contratación de red de prestadores para la detección temprana y manejo integral del cáncer.

Estos hallazgos, obligan a continuar estudiando y cuestionado la eficiencia y transparencia con la que son manejados los dineros públicos del sistema de salud, por parte de cada uno actores, en especial las EPS, que los reciben de manera puntual y anticipada. Igualmente, deja entrever la relación existente entre el comportamiento financiero y la respuesta a las necesidades de salud de la población.

En todo caso, es evidente y lamentable que las EPS han tenido serias dificultades para el cumplimiento de su objeto social, lo que ha producido serias fallas de prestación de servicios de salud, uso indebido de recursos, así como deudas no saldadas. Situación encubierta en la falsa sensación de estabilidad permitida por la flexibilización normativa para su operación y funcionamiento; así como los llamados de la Contraloría General de la República sobre la situación.

Cabe recordar que los recursos que manejan las Empresas Promotoras de Salud son de naturaleza pública, como lo ha reiterado la honorable Corte Constitucional *en lo que respecta al carácter público que se le atribuye a los recursos de salud, esta Corporación ha precisado, en reiteradas ocasiones, que dicho peculio es de índole parafiscal, aspecto que refuerza su naturaleza pública*(36–38). Por tanto es deber del Estado ejercer el debido control para que estos recursos se apliquen a su destinación especifica, sin desvíos y sin dilaciones.

4.1. Flexibilidad normativa de la habilitación financiera de las Entidades Promotoras de Salud

Durante los 30 años del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido prolija la generación de normas para facilitar el cumplimiento de estándares financieros de las Entidades Promotoras de Salud - EPS; dichas decisiones además de no permitir conocer con certeza la realidad operacional y financiera de las EPS, dando una falsa sensación de estabilidad; podrían incluso estar desatendiendo tratados internacionales como el Acuerdo de Basilea.

De acuerdo con el Tribunal Administrativo de Cundinamarca la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia ha provocado la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna. De igual manera, en este fallo se evidencia una especie de captura del regulador, donde particulares han incidido en la expedición de normas según sus intereses(39).

Las reglas mínimas para definir el margen de solvencia y demás condiciones financieras fueron definidas inicialmente en el **Decreto 1485 de 1994** (40); las cuales fueron modificadas posteriormente en el **Decreto 882 de 1998** (41) con ajuste en el margen del solvencia como un margen de liquidez para el pago de las obligaciones con terceros, incluidas las de servicios de salud y, en la definición de las consecuencias por el no pago oportuno de las obligaciones.

Ante la necesidad de establecer unas condiciones técnicas que estuvieran acorde con la naturaleza de las entidades responsables del aseguramiento, a partir del año 2007 se expidieron **dieciocho (18) decretos**[9], con los cuales se modificaron las condiciones de cumplimiento para la autorización y funcionamiento, se autorizaron inversiones o disposición de recursos, o se ampliaron los plazos para su acreditación; se comprueba como, de manera sistemática, se ha sido volviendo laxas las exigencias de los requisitos financieros aplicables a las funciones a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

Con el **Decreto 574 de 2007** (42), en el marco del Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y de las Entidades adaptadas, se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia definido este último como el cumplimiento del monto mínimo establecido para el margen de solvencia que atiende el patrimonio técnico primario y secundario, la constitución de las reservas técnicas (para autorizaciones de servicios, servicios cobrados, eventos ocurridos no avisados y posibles pérdidas) según la metodología establecida para el efecto, la inversión de estas reservas en los instrumentos autorizados con límites y tiempo de maduración y, las acciones a cargo de la entidad de control, como definición de indicadores, categorización del riesgo y, acciones correctivas tempranas.

Con posterioridad, a través del **Decreto 1698 de 2007** (43): i) se modifica la forma de cálculo del margen de solvencia e introduce la opción de implementación de un sistema de administración de riesgos auditado por un tercero y para esta alternativa disminuye el factor de riesgo, ii) los porcentajes de deducción de las inversiones por infraestructura del patrimonio técnico primario, iii) adiciona la fórmula de cálculo de la reserva para eventos ocurridos no avisados durante los primeros tres años cuando las EPS inicien operaciones, iv) amplía el plazo de ajuste para la constitución de las reservas técnicas, v) modifica el régimen de inversiones para admitir el valor de los recobros presentados al entonces Fosyga y como disponible los depósitos en cuentas corrientes y de ahorros y, vi) adiciona las inversiones en fondos de valores y de inversión administrados por entidades vigiladas por la Superfinanciera o por participaciones en fondos comunes especiales administrados por entidades fiduciarias, así como los pagos en efectivo realizados en forma anticipada por servicios de salud a IPS no vinculadas económicamente.

El **Decreto 2353 de 2008** (44) amplía al doble, el plazo para la constitución de las reservas técnicas.

A través del **Decreto 4789 de 2009** (45) nuevamente se modifica la forma de cálculo del margen de solvencia, establece un término para diferir las pérdidas generadas en la diferencia en el valor de los recobros y el valor efectivamente recibido cuando se hubiere conciliado con el Fosyga; extiende en un año más el plazo para la constitución de las

[9] Ver entre otros decretos: 574 y 1698 de 2007, 2353 de 2008, 4789 de 2009, 970 de 2011, 1921 de 2013, 2702 de 2014, 2117 de 2016, 718 y 1848 de 2017, 682 de 2018, 1424 y 1683 de 2019, 1711 y 1811 de 2020, 995, 1492 y 1600 de 2022.

reservas técnicas y, señala el límite y tiempo de inversión del saldo disponible en caja o en cuentas de ahorro del valor que por concepto de recobros se hubiere conciliado con el Fosyga.

Mediante el **Decreto 970 de 2011** (46) se amplía en otro año más el plazo para la constitución de las reservas técnicas, pero en dicho año, en virtud de las facultades extraordinarias otorgadas en la Ley 1444 de 2011, también se expide el **Decreto Legislativo 4185 de 2011** (47), norma de rango legal a través de las cuales se ordenó la reasignación de las funciones de inspección, vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud en relación con la administración del riesgo financiero a la Superintendencia Financiera de Colombia, siempre que cumpliera o llegaren a cumplir las normas que rigen para las entidades aseguradoras y para cuya asunción de competencia se otorgó un plazo no mayor a un (1) año, esta orden en la práctica no se cumplió porque exigía el cumplimiento de las normas prudenciales aplicables a las entidades aseguradoras y por ello se mantuvo la inspección, vigilancia y control en la Superintendencia Nacional de Salud.

Mediante el **Decreto 1921 de 2013** (48), se modifica nuevamente el monto del margen de solvencia para establecer las consecuencias de su incumplimiento cuando se ha adoptado la opción de implementación de un sistema de administración de riesgos, pero con concepto favorable del tercero que ha auditado y, para ese año, frente a las entidades que no cumplieron el margen de solvencia al 31 de marzo, ordena la obligación de mantener el patrimonio técnico para garantizar el margen de solvencia alcanzado a dicha fecha.

El Gobierno Nacional a través del **Decreto 2702 de 2014** (49) actualiza y unifica las condiciones financieras y de solvencia de las EPS y los criterios generales para que la información financiera sea consistente, con la pretensión de hacerlas más exigentes y para su cumplimiento otorga unos plazos. En tal medida, incrementa el capital mínimo y establece un monto mínimo para cada uno de los regímenes y planes complementarios si los administra la entidad, fija las reglas de indexación y, los elementos que lo integran, según la naturaleza de la entidad; define y establece la forma de cálculo del patrimonio técnico y del patrimonio adecuado; ordena la constitución de reservas técnicas; señala las inversiones admisibles de las reservas técnicas y sus límites en la composición del portafolio; prevé un período de transición para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia para lo cual establece unos porcentajes de cubrimiento del defecto en siete (7) años.

En el **Decreto 1681 de 2015** (50), al regular la subcuenta de garantías del Fosyga, se autoriza la utilización de estos recursos para fortalecer patrimonialmente a las EPS a través del denominado "contrato de capital de garantía" o mediante la adquisición de títulos representativos de deuda subordinada emitidos por las EPS, y en uno u otro caso, dichos valores eran computables como parte del capital mínimo y del capital primario, para efectos del cumplimiento de las condiciones financieras y de margen de solvencia de estas entidades.

A los dos años se expide el **Decreto 2117 de 2016** (51), el cual faculta la disminución del porcentaje del patrimonio adecuado en dos puntos porcentuales si se cumplen los requisitos establecidos en la misma norma, adiciona como inversión computable de las reservas técnicas el certificado de reconocimiento de deuda por servicios No POS emitido por el Fosyga o la ADRES, define límites a las inversiones computables, y, establece las condiciones para acceder a los plazos y tratamiento financiero especial para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, con lo cual, en la práctica, autoriza la elaboración de un plan de ajuste y un incremento del plazo a diez (10) años.

A escasos 5 meses se expide el **Decreto 718 de 2017** (52), a través del cual se flexibiliza el requisito de capital y el plazo del plan de ajuste para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia para aquellas entidades que soliciten Procesos de Reorganización Institucional -PRI- a las cuales, el plazo de diez (10) años se cuenta a partir de la aprobación de la entidad de control

El **Decreto 682 de 2018** (53) establece las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las EPS y mantiene para las nuevas entidades o entidades en procesos de reorganización institucional, las condiciones financieras y de solvencia.

En **2018**, se aprueba la **Ley 1929** (54), a través de la cual se autoriza la disposición temporal, hasta por cinco años, de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) administrado por las Cajas de Compensación Familiar para el saneamiento de pasivos por la prestación de servicios de salud o al cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia aplicables a las EPS, según contaran con programas de salud del régimen subsidiado o participaran en el aseguramiento en salud.

El **Decreto 1424 de 2019** (55), a través del cual se modifica la asignación de afiliados cuando se produzca la liquidación o retiro de las EPS, dispuso para las entidades receptoras de afiliados la disminución temporal del porcentaje del patrimonio adecuado definido para los ingresos operacionales, en función de la variación anual en el número de afiliados hasta el 31 de diciembre, con la correlativa obligación de incrementarlo en 0.5 puntos porcentuales para alcanzar el tope del 8%; y, por efecto de la movilidad, exime a las EPS del régimen subsidiado del cumplimiento de las condiciones de habilitación del régimen contributivo, entre otros, el capital mínimo, pero respecto de estos afiliados deben cumplir las reservas y régimen de inversiones, regla que también aplica para las EPS del régimen contributivo respecto de los afiliados del régimen subsidiado en movilidad, siempre que no supere el 30% del total de afiliados.

El **Decreto 1683 de 2019** (56) adiciona como inversiones computables de las reservas técnicas el valor radicado por recobros entre el 1º de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019, respecto del cual no exista o no se haya notificado el resultado definitivo, las participaciones en fondos de inversión colectiva abiertos sin pacto de permanencia y, redefine los límites; faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para descontar el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar por lo No PBS en la acreditación del capital mínimo y del capital primario, hasta el 31 de diciembre de 2020.

Con el **Decreto 600 de 2020** (57) se autoriza a las EPS para que, durante el término de la emergencia sanitaria por Covid-19, utilicen los recursos de las reservas técnicas invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija y títulos de deuda pública interna para el pago de deudas o cuentas por pagar de servicios de salud cubiertos con la UPC, registrados como reserva técnica.

Mediante el **Decreto 1711 de 2020** (58) se amplía el plazo para el cumplimiento de las condiciones de autorización y habilitación, pero se salvaguardan los términos establecidos para las condiciones de carácter financiero y del margen de solvencia.

A través del **Decreto 1811 de 2020** (59) se amplía el plazo al 31 de diciembre de 2021 para que la Superintendencia descuente el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar por lo No PBS en la acreditación del capital mínimo y del capital primario.

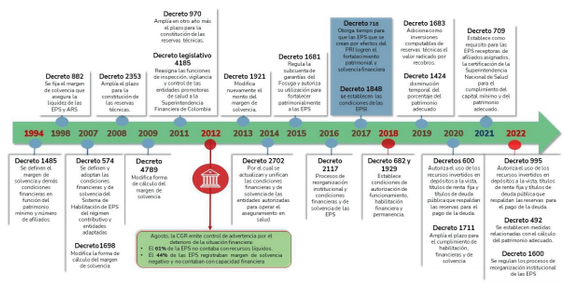
El **Decreto 709 de 2021** (60) establece como requisito para que las EPS sean receptoras de afiliados asignados, por efecto de la liquidación ordenada o autorizada de otras entidades, el cumplimiento del capital mínimo y del patrimonio adecuado, según la certificación expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Decreto 995 del 13 de junio de 2022 (61), el cual adiciona como inversión computable de las reservas técnicas, aplicable también a las EPSI, los denominados "*Certificados de los recursos de Unidad de Pago por Capitación — UPC, apropiados por las Entidades Promotoras de Salud y que no han sido distribuidos por la ADRES suscritos por el representante legal de ADRES"*, los cuales computarán por su valor inicial; también adiciona para las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI como inversión computable los certificados de reconocimiento de deuda por servicios No PBS emitidos por la ADRES y, nuevamente, autoriza a las EPS que presentan una concentración de deuda mayor al 15% en acreencias que superan los 180 días, para que utilicen, por una única vez y a más tardar el 30 de junio, los recursos de las reservas técnicas invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija, fondos de inversión colectiva y títulos de deuda pública interna para el pago de deudas o cuentas por pagar de servicios de salud cubiertos con la UPC, registrados como reserva técnica, previa evidencia y solicitud de un plan de pagos por la Superintendencia Nacional de Salud.

Decreto **1492 de 2022** del 3 de agosto (62), para las entidades receptoras de afiliados, desde el 1 de enero de 2019 al 31 de julio de 2022, modifica la disminución temporal del porcentaje del patrimonio adecuado definido para los ingresos operacionales, en función de la variación anual en el número de afiliados, señalando nuevos intervalos e incrementando el porcentaje con la correlativa obligación de incrementarlo en un (1) punto porcentual cada año para alcanzar el tope del 8% en el año 2027; no incluye y deja a la discrecionalidad de la Superintendencia Nacional de Salud el señalamiento de la forma como se deben reflejar en el cálculo del patrimonio adecuado, los recursos provenientes de los presupuestos máximos; establece una gradualidad para la inclusión de los recursos adicionales de UPC correspondientes a inclusiones de planes de beneficios que eran financiadas con presupuestos máximos en el cálculo del patrimonio adecuado; establece la regla de no inclusión en el capital mínimo, patrimonio técnico y de las inversiones que respaldan las reservas técnicas el valor correspondiente al déficit de los costos por servicios y tecnologías financiados con presupuestos máximos y el valor efectivamente recibido por este concepto; y, faculta a la Superintendencia para descontar en la verificación de las condiciones de capital mínimo y capital primario, el valor correspondiente al deterioro de las cuentas por cobrar por prestaciones No PBS.

Decreto 1600 del 5 de agosto **de 2022** (63), al regular nuevamente los procesos de reorganización institucional de las EPS, previó que la nueva entidad que se cree por efecto de la fusión, escisión o creación como resultante de estos procesos, si bien debe cumplir con el capital mínimo exigido para todas las entidades, el cumplimiento del patrimonio adecuado, reserva legal y reservas técnicas estará sujeto a las condiciones financieras y de solvencia del plan de reorganización institucional que le sea aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Figura 6. *Normatividad de condiciones financieras de las EPS*



Fuente*: Elaboración Ministerio de Salud y Protección Social*

Cuestionamientos a la normatividad

a. Memorandos de advertencia de la Contraloría General de la República

La Contraloría General de Republica - CGR ha emitido memorandos de advertencia, entre los cuales se destacan, los emitidos en las fechas: agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS, Vigencia 2011, y el 11 de julio de 2014 Función de Advertencia por Incumplimiento de Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011, y omisión de seguimiento a función de advertencia 2012EE53867; en los cuales se reitera la crisis sistémica en ambos regímenes de salud, sin avizorar medidas de parte del Gobierno Nacional para su resolución.

Asimismo, la CGR cuestionaba la flexibilización de las normas y el pasar por alto acuerdos internacionales como el de Basilea:

> *"…en el caso del Sector Salud se ha buscado flexibilizar los requisitos de cumplimiento, creando regímenes de transición, a través de sucesivas reformas al Decreto 574 de 2007, cómo si estos fueran meras formalidades".*
>
> *"Resulta que la realidad operacional es neutra, es apolítica, es implacable y es inexorable. Al alterar artificialmente (con todas las formalidades legales) los requisitos no implica que la realidad operacional se va a ajustar a éstos; todo lo contrario va a suceder: crecerá la frecuencia de negación de servicios, se dilatarán más las aprobaciones, crecerán en general todas las prácticas que muestran un crecimiento cada vez mayor en los "RPQ" reportados y, a su vez, crecerá el saldo insoluto de las deudas por pagar a los proveedores* (64) "(…)

b. Fallos del Tribunal Administrativo de Cundinamarca

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Subsección "A" en el fallo del 10 de abril de 2019, expediente 25000-23-24-000-2017-00885-00, y luego de un trámite exhaustivo, el cual contó con la participación de la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, identifica varias situaciones cuestionables relacionadas con la normatividad expedida, entre las cuales se destacan: la participación de particulares en la expedición de esta regulación, la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia, los hechos que se facilitaron con esta normatividad, especialmente la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

Seguidamente se detallan los apartes del fallo más relevantes relacionados con las normas en comento.

En el fallo se relatan los hechos que facilitaron la expedición de estas normas al afirmar:

> *"El Decreto 2117 del 22 de diciembre de 2016 en su artículo 1° modificó el artículo 2.1.13.9 de Decreto 780 de 2016, y el Decreto 718 del 4 de mayo de 2017 adicionó dos párrafos al artículo .1.13.9 del Decreto 780 del 2016, el cual fue modificado por el Decreto 2117 del 2016.*
>
> *El Decreto 718 de 2017 fue expedido con anterioridad a la creación de MEDIMÁS EPS. En tal sentido, dicha EPS fue cobijada con las dos modificaciones, es decir que CAFESALUD EPS no requerirá cumplir con el requisito de participación en el capital de la entidad resultante del proceso de reorganización (MEDIMÁS), y que adicionalmente MEDIMÁS podía presentar propuesta para el cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta 10 años contados a partir de la aprobación del plan de ajuste que realice a Superintendencia Nacional de Salud."*
>
> *"MEDIMÁS encontró el respaldo jurídico que le permitió desprenderse de la participación accionaria de CAFESALUD EPS, contar con el término de 10 años, desde el 1° de agosto de 2017 para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta 10 años.*(39)*"*

Este fallo del Tribunal Administrativo de Cundinamarca da cuenta de la participación de particulares en la expedición de esta regulación y de cómo se "flexibilizan" los requerimientos de patrimonio adecuado, entre otros:

> *"Por otra parte, el señor Augusto Acosta, en su testimonio manifestó que participó en la estructuración de los Decretos modificatorios del Decreto No 2117 de 2016, señalando*(39)*:*
>
> *"(…) Posteriormente también tuve la oportunidad de hacer aportes profesionales en lo que fue el Decreto 2117 del año 2016, que flexibilizó de alguna manera la forma como las EPS debían cumplir con los requerimientos de aportes de capital para cumplir con la norma de patrimonio adecuado y de recursos de liquidez para cumplir con la norma del 2702 referida a la liquidez de las reservas técnicas que tendrían que tener las EPS. Finalmente como parte pues de este proceso de actualización de la regulación respecto de normas de habilitación financiera, tuve también la oportunidad de conocer y participar de alguna manera indirecta en la preparación del Decreto 718 del año 2017 que completó en alguna forma la regulación correspondiente a la manera como la EPS podían reorganizarse en su estructura societaria, podían facilitarse también algunas transferencias de propiedad y se podía dar la oportunidad para que los distintos interesados fueran sus actuales accionistas o fueran otros, pudieran repito ir recuperando paulatinamente los indicadores de solvencia financiera y de liquidez de reservas técnicas que eran necesarios"*(39)
>
> *"Así, se encuentra probado que LAZARD S.A.S. junto con sus asesores tuvieron reuniones con el Ministerio de Salud y de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud en la estructuración de la transacción para la venta de los activos de CAFESALUD. Por otra parte el señor Augusto Acosta al tiempo que se desempeñaba como consultor de LAZARD S.A.S. también participó en las reuniones para la preparación del Decreto 718 de 2017 modificatorio del Decreto 2117 de 2016 (en el cual también había participado en su construcción en los términos descritos en el testimonio).* (39)
>
> *Como se analizará en detalle más adelante, tal aspecto cobra especial trascendencia si se tiene en cuenta que la modificación introducida en el Decreto 718 de 2017 habilitó legalmente a la reorganización institucional de CAFESALUD en los términos pretendidos por SALUDCOOP en Liquidación y por su equipo asesor desde el diseño del Reglamento de Venta"*(39)
>
> *"En ese orden, si para la estructuración del proceso de venta diseñado por LAZARD S.A.S. y su equipo asesor, y aprobado por SALUDCOOP EPS, se llevaron a cabo reuniones con la Superintendencia Nacional de Salud y con el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es difícil desligar de las resultas de estas reuniones la expedición del Decreto No. 718 de 2017 como la Circular No. 00005 de 2017, que habilitaron jurídicamente el proceso de reorganización institucional de CAFESALUD*

EPS, en los términos que previamente habían sido diseñados por los intervinientes en la estructuración del negocio" (39)

La principal conclusión del Tribunal se hace explicita así:

"En conclusión, la Sala evidencia que la vulneración de los derechos intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, tiene su origen en la expedición del artículo 1° del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016"(39).

Asimismo, el fallo define, entre las responsabilidades de los demandados, en la vulneración de derechos e intereses colectivos, la siguiente:

"a) MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

El Gobierno Nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social es responsable de la vulneración al expedir el Decreto 718 de 2017, que constituyó la génesis de la vulneración sistemática de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público, y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, al facilitar el marco legal con el cual se permitió la reorganización institucional de CAFESALUD ES en los términos pretendidos por SALUDCOOP EPS en liquidación, y que ya fue objeto de pronunciamiento por la Sala.

Nótese que la expedición de este Decreto fue posterior a las reuniones sostenidas entre el Ministerio junto con la Superintendencia Nacional de Salud, y SALUDCOOP EPS con su equipo asesor, para aclarar y definir los temas concernientes al proceso de venta de activos, pasivos y contratos de CAFESALUD EPS y de las acciones de ESIMED S.A., sin que pueda desconocerse la relación entre tales reuniones y la norma expedida por parte del Ministerio"(39).

Finalmente, el fallo del Tribunal destaca en su parte resolutiva, lo siguiente:

"SEGUNDO: DECLARAR que con la expedición del artículo 1º del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, se vulneraron los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

Sería del caso anular la referida norma, si no fuera por la prohibición prevista en el inciso 2º del artículo 144 del CPACA. En su lugar, INSTASE al Gobierno Nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social a revocar, derogar o demandar el artículo 1º del Decreto 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016"(39).

c. *Eficacia de la figura del Plan de Reorganización Institucional – PRI y Plan de Ajuste Financiero*

Las Entidades Promotoras de Salud - EPS que han estado ejecutando Plan de Reorganización Institucional o Plan de Ajuste Financiero, en su gran mayoría han empeorado su operación, incluso entraron en proceso de liquidación Coomeva, Cafesalud y Medimas EPS, así mismo las EPS Asmetsalud, Ecoopsos y Emssanar, con corte a diciembre de 2022, están categorizadas en alto riesgo por la Superintendencia Nacional de Salud.

Es evidente la poca eficacia de estos planes y los riesgos que está asumiendo el Estado colombiano al otorgar más plazos a las EPS para que cumplan con los indicadores financieros y de solvencia.

4.2. Cumplimiento de los indicadores financieros

El decreto 780 de 2016, y sus múltiples modificaciones y ajustes ya mencionados, estableció cuatro condiciones financieras y de solvencia de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS:

a. Capital mínimo
b. Patrimonio adecuado
c. Constitución de reserva técnica
d. Régimen de inversión que respalda la reserva técnica

Las EPS que se encuentran en Planes de ajuste y reorganización institucional, tienen un tratamiento especial para el cumplimiento de dichas condiciones.

El reporte presentado por la Superintendencia Nacional de Salud se basa en los reportes que las EPS hacen de sus estados financieros; el corte a marzo de 2024 (65), muestra que pese a la flexibilidad, el deterioro es progresivo.

Tabla 8. Indicadores de financieros de las EPS. 2020 – 2024

	CAPITAL MÍNIMO					PATRIMONIO ADECUADO					REGIMEN DE INVERSION DE RESERVA TÉCNICA				
	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024
EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO															
Aliansalud EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Comfenalco Valle EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Compensar EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Salud Total EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Salud Mia EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Salud Bolívar EPS	-	-	SI	SI	SI	-	-	SI	SI	SI	-	-	-	SI	SI
EPS Sura	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI
EPS Sanitas	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Famisanar EPS	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Servicio Occidental de Salud EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Ferrocarriles Nacionales	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPM	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO															
Comfaoriente EPS	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI
Capital Salud EPS	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Comfachocó EPS	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Savia Salud	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Capresoca	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO															
Mutualser EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Coosalud EPS	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
EPS CON PLAN DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y/O PLAN DE AJUSTE FINANCIERO															
Cajacopi	-	-	SI	SI	SI	-	-	SI	SI	SI	-	-	-	NO	NO
EPS Familiar de Colombia	-	-	SI	SI	SI	-	-	SI	SI	SI	-	-	SI	SI	SI
Nueva EPS	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

	CAPITAL MÍNIMO					PATRIMONIO ADECUADO					RÉGIMEN DE INVERSIÓN DE RESERVA TÉCNICA				
	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024
Emssanar EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Asmet Salud EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: *Elaboración propia con información de la Superintendencia Nacional de Salud*

Como puede observase, ha sido progresivo el incumplimiento de los indicadores, donde más se concentra es en régimen subsidiado, en las EPS con plan de reorganización institucional y el indicador de mayor incumplimiento es el régimen de inversión de reservas técnica y en segundo lugar en patrimonio adecuado.

4.3. Proyecciones de cumplimiento de indicadores financieros

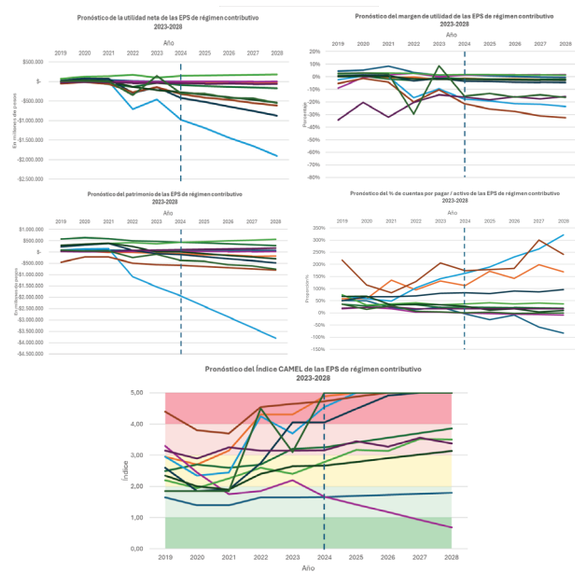
Con base en el comportamiento financiero de las EPS entre el periodo 2018 – marzo de 2024 se realiza la proyección de tendencia que tendrán sus indicadores financieros para los próximos años. La metodología para la estimación de los indicadores se basa en información que proviene del catálogo de cuentas de las EPS publicado por la Superintendencia Nacional de Salud, se utilizaron los datos entre 2018 y 2020 como base para los pronósticos de cada indicador. El pronóstico se realizó mediante la fórmula pronostico.est, que está basado en un algoritmo de suavizado exponencial triple, tomando los valores para los años entre 2018 y 2024 como base de cálculo de la tendencia que tendría el indicador en los próximos 5 años.

Las EPS se ordenan en cuatro grupos: régimen contributivo RC (9 EPS), régimen subsidiado RS (5 EPS), cajas de compensación familiar con programa de salud en RS (4 EPS) y EPS que operan en los dos regímenes de salud (3 EPS).

Se analizan cuatro indicadores para cada EPS en cada grupo y el índice de CAMEL de riesgo financiero:

1. Utilidad neta. Valor apropiado por encima de 0
2. Margen de utilidad. Valor apropiado por encima de 0
3. Patrimonio. valor apropiado por encima de 0
4. % de cuentas por pagar / activo. Valor apropiado por debajo de 0%)
5. El indicador CAMEL[10] de riesgo financiero. Menor a 1 = Muy bajo riesgo; entre 1 y 2 = Bajo riesgo; entre 2 y 3 = Riesgo medio; entre 3 y 4 = Riesgo alto; mayor a 4 = Muy alto riesgo

Tabla 9. *Pronóstico de la utilidad neta, margen de solvencia, patrimonio adecuado, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL de las* ***EPS del Régimen Contributivo***



Fuente*: Elaboración Ministerio de Salud y Protección Social*

Tabla 10. Pronóstico de utilidad neta, del margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL de ***EPS de doble Régimen***

[10] CAMEL obedece a las cinco categorías de evalúa: Capital (C), calidad del activo (A), administración (M), rentabilidad (E) y liquidez (L).

Fuente: *Elaboración propia*

Tabla 11.*Pronóstico de utilidad neta, margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL de las* ***EPS del Régimen Subsidiado***

Fuente: *Elaboración Ministerio de Salud y Protección Social*

Tabla 12.Pronóstico de utilidad neta, margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL del ***Régimen Subsidiado de las Cajas de Compensación***

Fuente: *Elaboración Ministerio de Salud y Protección Social*

Los resultados centrales del análisis son:

a. En el grupo de 9 EPS del Régimen Contributivo, se observa: una tendencia general a la pérdida en los próximos 5 años, aunque algunas mantengan patrimonios positivos, la capacidad de contar activos para solventar las cuentas por pagar se incumplen en la mayoría. El índice de riesgo financiero muestra una tendencia de deterioro en 7 de ellas. Este grupo tiene un comportamiento diverso, pero existe una fuerte tendencia a la inviabilidad.

b. En el grupo de las 3 EPS que operan en ambos regímenes de salud: es el grupo que muestra los mejores resultados en la tendencia, observándose que las 3 entidades tienen indicadores de sostenibilidad y bajo riesgo financiero en la tendencia.

c. En el grupo de las 5 EPS del Régimen Subsidiado, las tendencias muestran: al menos 3 de 5, tienen indicadores de inviabilidad actual y futura: perdidas sostenidas, patrimonio negativo, incapacidad de pago de cuentas, y se ubican en la franja "roja" de inviabilidad por alto y muy alto riesgo financiero. En su conjunto este grupo resulta con tendencia a la inviabilidad franca.

d. En el grupo de las 3 EPS de las Cajas de Compensación Familiar con Régimen Subsidiado, 2 muestran tendencias similares a las del grupo anterior.

5. Integración vertical, sobrecostos y opacidad de la información

La integración vertical es el mecanismo mediante el cual procesos productivos realizados por un tercero se incorporan en una firma; en el caso del sistema de salud Colombiano, este proceso se evidencia en la integración del aseguramiento (EPS) y la prestación de servicios (IPS), dicho de otro modo, este proceso permite que las EPS se encarguen tanto de la administración del riesgo financiero y gestión del riesgo en salud como de la prestación de servicios de salud, provisión de medicamentos y tecnologías en salud e incluso, de la prestación de servicios no misionales como aseo y seguridad.

La literatura económica ha favorecido e incentivado este tipo de conductas ya que resultan convenientes al permitir el acceso a tarifas favorables, la eliminación de costos de intermediación, la ganancia en la capacidad de negociación y la reducción en la dependencia de terceros; sin embargo, este proceso ha traído importantes distorsiones en el sistema de salud como lo son la reducción de los prestadores de servicios de salud, la concentración de los servicios de salud de mediana y alta complejidad en las ciudades principales y zonas de alta capacidad de pago y el volcamiento de la inversión en hospitales y clínicas privadas de alto nivel asociadas a EPS con planes complementarios y empresas de medicina prepagada.

Así mismo, ha producido el debilitamiento de la red pública hospitalaria como consecuencia de la contratación privilegiada y la prelación en el pago a los prestadores que hacen parte de la integración, con el asociado desmantelamiento de los centros de atención primaria y pérdida de su poder resolutivo debido al traslado de procedimientos y servicios a centros especializados o de mediana complejidad.

Aunque este comportamiento ha resultado lesivo para los prestadores que no se encuentran vinculados a las EPS especialmente para las Empresas Sociales del Estado - ESE, sólo existen dos medidas regulatorias que mitigan el alcance de la integración vertical. En primer lugar, el artículo 15 de la ley 1122 de 2007 que establece que *"Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud"* con la respectiva definición de IPS propia en el artículo 5 de la Resolución 1424 de 2008 como *"la situación de la sociedad IPS, frente a la EPS ya sea en razón a que ostente la calidad de subordinada, o bien, porque*

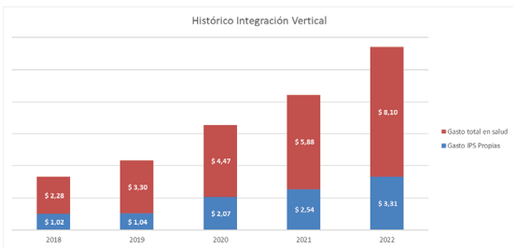
exista vinculación a un grupo empresarial, de conformidad con las nociones del Código de Comercio" ; y en segundo lugar, el artículo 16 de la ley 1122 de 2007 donde se establece para el régimen subsidiado que *"Las EPS contratarán de manera obligatoria y efectiva con empresas sociales del Estado ESE, como mínimo, el 60% del gasto en salud".*

Si bien, estas medidas generan controles frente a la subordinación y el mínimo del gasto destinado a las ESE, deja por fuera la posibilidad de participaciones accionarias inferiores al 50% sobre las IPS y el hecho de que las IPS puedan ser accionistas de las EPS, situaciones que pueden exponer a posibles conflictos de interés en la contratación de servicios.

Según las cifras reportadas por las EPS a la Superintendencia de Salud frente al gasto en integración vertical, este rubro se triplicó en el periodo comprendido entre 2018 - 2022, representando para el 2022 cerca de $3,31 billones de pesos, frente a los $8,1 billones que las EPS que integran verticalmente destinaron para el gasto en salud, no obstante, esta cifra puede estar subestimada por falta de información dado el carácter de auto reporte por parte de las EPS, como es el caso del año 2019, donde no se cuenta con el reporte de la EPS Sanitas.

Figura 7. *Histórico de integración vertical total*

Cifras en billones de pesos

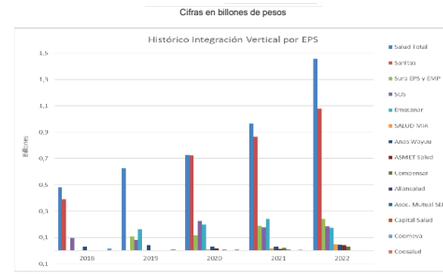


Fuente*: Elaboración propia con cifras reportadas por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud*

Entre el 2018 – 2022, 16 EPS reportaron rubros de integración vertical bajo las condiciones de IPS propia mencionadas, siendo Salud Total, Sanitas y Sura las EPS que integran el mayor valor. Sin embargo, al observar el porcentaje del gasto en salud para el año 2022, Salud Mía encabeza el listado con un gasto en salud con IPS propias del 69%, seguido de Salud Total con el 29%, Anas Wayuu con el 19%, SOS con el 16% y Sanitas con el 15%.

Figura 8. *Histórico de Integración Vertical por EPS*

Cifras en billones de pesos



Fuente: *Elaboración propia con cifras reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud*

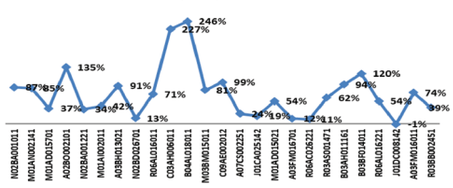
La práctica de integración vertical entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ha emergido, de facto, como una contravención explícita al principio de 'libre escogencia' por parte de los usuarios, un argumento fundamental utilizado para justificar la privatización del sistema de salud. Asimismo, se ha convertido en un vehículo para la transferencia de utilidades -con grados variables de legalidad, llegando incluso a la ilegalidad- desde las EPS hacia sus entidades afiliadas.

En situaciones donde la integración vertical resulta evidente o incómoda, a las EPS les ha bastado con modificar el nombre y, ocasionalmente, la composición accionaria de las entidades subsidiarias en una notaría, para declarar la inexistencia de integración vertical de negocios. Esta maniobra ha sido viable gracias a la falta de una normativa que regule los comportamientos corporativos monopólicos, prohibiendo legalmente la propiedad cruzada de empresas o la participación de socios y familiares en distintas entidades de la cadena de servicios e insumos de salud -una regulación crucial para prevenir genuinamente la integración vertical en el sector- (66).

La Contraloría General de la República califica a la integración vertical como una "apropiación indebida de recursos destinados a la atención en salud por parte de los operadores del sistema". Estos recursos, según señala, se utilizan para adquirir bienes, relacionados o no con la prestación del servicio, directamente a nombre del operador privado, sin esperar a determinar si se generan utilidades al final del ejercicio fiscal. Además, destaca que las EPS frecuentemente se surten de sociedades comerciales pertenecientes a familiares de sus administradores, incrementando así el costo final de la atención en salud (67).

La preocupación central con el fenómeno de la integración vertical, radica en que algunas entidades, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado que tienen integración, adoptan comportamientos rentistas; los cuales más que centrarse en la utilidad de la EPS, lo hacen en la rentabilidad de negocios integrados verticalmente, como la capitación con entidades propias, la compra de medicamentos o insumos, y la contratación de servicios adicionales como ambulancias, lavanderías, vigilancia, entre otros. La Universidad Nacional de Colombia, encontró que las EPS con mayores sobrecostos eran cooperativas que poseían tanto su red de prestadores como las empresas suministradoras de medicamentos; en el caso SaludCoop se encontró un sobreprecio de los medicamentos más usados entre el 13 y el 231%, como se muestra en el siguiente figura(68) .

Figura 9. *Proporción sobre el precio promedio registrado de medicamentos de mayor consumo de Saludcoop S.A. por el total de EPS*



Fuente: *Universidad Nacional de Colombia (2011).*

El estudio de la Universidad Nacional subraya que la información reportada por las EPS requiere mayor detalle de sobre servicios y costos, toda vez que las agrupaciones encontradas invisibilizan información crucial de frecuencias y costos reales; los déficits de información son particularmente cuestionables en entidades con una marcada integración vertical o corporativa en la cual las compras están centralizadas e integradas y las transacciones realizadas dentro de este marco de integración vertical no pasan por mecanismos de competencia del mercado, eliminando la garantía de negociaciones a precios óptimos. Este enfoque rentista, lejos de motivar el control de gastos promueve un incremento de aquellos que generan rentabilidades en las empresas integradas verticalmente (68).

En 2011, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) sancionó a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI y varias EPS (Resolución 46111 de 2011) por conductas constitutivas de afectación a la debida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud, como fue la existencia de un acuerdo anticompetitivo llevado a cabo por las EPS agremiadas en ACEMI, cuyo objeto fue impedir la debida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud. Así mismo, se comprobó que las EPS agremiadas en ACEMI y la agremiación misma crearon un mecanismo tendiente a fijar la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y por tanto definieron indirectamente el precio de aseguramiento en salud.

La decisión de la SIC se fundamentó en el Decreto 1663 de 1994, que contiene los acuerdos contrarios a la libre competencia en el mercado de servicios de salud. Uno de ellos son los que tengan como objeto o como efecto abstenerse de proveer a los usuarios o al SGSSS de información no reservada sobre la prestación de los servicios de salud, así como cualquier intento de ocultar o falsear la información y en general de impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

La norma reprocha cualquier acuerdo entre competidores de este mercado, a través del cual se intente ocultar o falsear la información relacionada con la prestación de los servicios de salud, ya sea a las autoridades del SGSSS, con quienes tienen una especial obligación de reportar información para el desarrollo de sus funciones y el consecuente adecuado funcionamiento del mercado, así como a sus usuarios. También se prohíbe que los actores en el mercado de salud efectúen acuerdos que tengan como objeto o como efecto impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

La exposición de mecanismos, tanto legales como ilegales, de "transferencia de precios o utilidades" a través de entidades integradas vertical u horizontalmente, como en los casos públicamente conocidos de sobrefacturación en medicamentos por Saludcoop, o las EPS con negocios de salud prepagada, motivó a la Corte Constitucional a convocar, en mayo de 2012, una audiencia de rendición de cuentas sobre el cumplimiento de la Sentencia T-760. Dicha sentencia establece la obligación del Estado colombiano de garantizar el derecho a la salud mediante la cobertura universal y la igualación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tras las exposiciones del Gobierno, entidades y organizaciones sociales, la Corte Constitucional resaltó en sus conclusiones la identificación de diversas causas generales que comprometen los recursos destinados a la salud, entre ellas, un alto grado de corrupción, la prevalencia de intereses particulares sobre el interés general, debilidades en el control estatal y manejo administrativo ineficiente. De igual manera, se señalaron causas específicas, como el cobro de comisiones indebidas, la presentación de cuentas a nombre de personas inexistentes, la falta de una base de datos unificada, incrementos dolosos en los valores de medicamentos y procedimientos no incluidos en el entonces Plan Obligatorio de Salud - POS, recobros por insumos y medicinas no utilizados o entregados, pagos por servicios no incluidos en el POS y obtenidos supuestamente por tutelas inexistentes, y el recobro de medicamentos e insumos de contrabando, entre otros.

No obstante, los antecedes normativos y jurídicos en relación con la transparencia de la información y los efectos de la integración vertical, los insumos suministrados por las EPS para el cálculo de la UPC se han deteriorado en calidad y cantidad en los últimos años.

En 2023, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante rueda de prensa presentó el análisis financiero y las ganancias obtenidas por las empresas integradas al Grupo Sanitas y solicitó levantar el velo corporativo de la Empresa Promotora de Salud (EPS) Sanitas, con el fin de conocer en detalle de qué manera este operador maneja e invierte los dineros que reciben del Presupuesto General de la Nación, a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Presupuestos Máximos.

Estos análisis financieros se dieron en el contexto de una amenaza pública, por parte de dicha entidad, en la que se anunciaba la suspensión de servicios a menos que se autorizara un incremento en la Unidad de Pago por Capitación para septiembre de 2023. Es decir, en Colombia se ha proyectado el crecimiento de los recursos de la salud con base en la información de suficiencia provista por la EPS, que en varios años ha mostrado información fraudulenta (caso Medimas o Saludcoop), demasiado incompleta (año 2022), errada o incluso no avalada. El análisis de las bases de suficiencia permite identificar una serie de errores de consistencia, entre los cuales se destacan la existencia de personas con más de

una cédula, procedimientos o medicamentos que no corresponden al diagnóstico, omisiones en los números de factura e incluso frecuencias de uso improbables.

No obstante, solo una mejora sustantiva en el reporte y cruce de la información del sector, análisis de la calidad del gasto y transparencia de las relaciones económicas entre los agentes del sistema permitirá la toma de decisiones más eficientes y efectivas para la sostenibilidad del sistema y la garantía del derecho a la salud de las personas en Colombia.

Actualmente las fuentes de información sobre las que se toman decisiones no cuentan con la suficiencia y calidad que merece el sistema de salud, como se muestran en las tablas siguientes; el reporte de información, en general, no supera el 50% de EPS autorizadas para operar en cada año, y en promedio solo superan los filtros de calidad la mitad de la información. Para el cálculo de la UPC del año 2024, fueron descartados 33,5 millones de registros por no superar los parámetros de calidad, la razón más frecuente fue el elevado costo no soportado (Tabla 12).

Tabla 13.Histórico de EPS que superan los filtros de calidad en el estudio para el cálculo de UPC

Año	EPS autorizadas para operar	EPS que reportan información	% de EPS que reportan información	EPS que superan los filtros de calidad	% de EPS que reportan y superan el filtro de calidad
2010	65	24	**36,9%**	16	**24,6%**
2011	60	24	**40%**	14	**23,3%**
2012	52	23	**42,2%**	14	**26,9%**
2013	50	21	**42%**	14	**28%**
2014	48	17	**35,4%**	10	**20,8%**
2015	43	16	**37,2%**	10	**23,2%**
2016	43	15	**34,8%**	10	**23,2%**
2017	42	17	**40,4%**	11	**26,1%**
2018	42	17	**40,4%**	9	**20,9%**
2019	37	16	**43,2%**	9	**24,3%**
2020	35	16	**45,1%**	9	**25,7%**
2021	32	16	**50%**	9	**28,1%**
2022	28	18	**64,2%**	8	**28,5%**

Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social*

Tabla 14.Reportes de prestación de servicios de las EPS cuya información NO SUPERA los parámetros de calidad para el año 2024

Grupo de calidades	Número de registros	Valor total (en pesos)	Porcentaje
Valores de servicios de salud considerados simples desde la tarifación que superan 1,5 veces el costo promedio	21.239.966	2.460.832.603.918	71,83%
Registros que no cumplen con los valores establecidos en cada columna	4.336.656	434.966.542.744	12,7%
Servicios de personas que no se encuentran en las bases de datos poblacionales BDUA – HAC - LMA	2.082.165	194.893.519.811	5,69%
Servicios de salud duplicados año (Ej: reporte de dos apendicectomías a una persona en el mismo año)	2.297.279	101.091.828.811	2,95%
Dispensación de medicamentos en el periodo de observación sin contacto con servicios de salud	1.385.259	71.791.700.525	1,69%
Procedimientos de salud que no pueden tener cualquier diagnóstico en su reporte	20.735	57.958.632.710	1,69%
Servicios de salud duplicado día (Ej: Reporte de dos punciones lumbar a una persona en el mismo día)	596.353	35.526.672.236	0,65%
Cantidad dispensada de medicamento en relación a la dosis máxima teórica calculada para el mismo	1.268.575	22.437.420.031	0,47%
Personas no justificadas con 1.000 actividades al año	169.053	12.132.815.784	0,35%
Personas con diferente fecha de nacimiento o sexo, comparado con los datos registrados en BDUA	93.840	8.031.903.611	0,23%
Servicios de salud que no se pueden realizar más de una vez en la vida	5.029	5.260.784.378	0,15%
Dispensación de insumos en el periodo de observación sin contacto con servicios de salud	1.959	4.876.210.918	0,14%
TOTAL GENERAL	**33.550.684**	**3.425.966.962.419**	**100%**

Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social*

6. Situación de los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud son fundamentales para lograr sistemas de salud sólidos y resistentes que contribuyan a lograr el objetivo de mejorar la salud de la población (69), al respecto la OMS ha instado a los países miembro a "*crear trabajo decente y establecer una remuneración adecuada para los profesionales de la salud y demás personal sanitario que trabaje en el nivel de atención primario de la salud para responder eficazmente a las necesidades de salud de la personas en un contexto multidisciplinario. Seguir invirtiendo en la educación, la formación, la contratación, el desarrollo, la motivación y la retención del personal de atención primaria de la salud, velando porque tenga una combinación adecuada de competencias. Esforzarse por tener el personal de la atención primaria de la salud y garantizar su disponibilidad en las zonas rurales, remotas y menos desarrolladas*" (70).

Ahora bien, los retos del personal de la salud implica no solamente aumentar su número y distribución, para cerrar la brechas; sino también permitir adaptaciones y ajustes requeridos para cada contexto y necesidades de la población, una planeación basada en los desafíos futuros, los principios de atención centrada en las personas y la equidad; para lograrlo se requiere un apoyo decido de varios sectores, como la educación, el trabajo, la administración pública y la financiación del sistema de salud (71).

El sistema de salud colombiano tiene enormes retos en relación con los trabajadores de la salud. En primer lugar, es necesario generar las condiciones para que todos los trabajadores tengan condiciones dignas y justas en su contratación; en segundo lugar se requiere aumentar la disponibilidad y mejorar las distribución del personal de salud, sobre en zonas rurales y dispersas; y como tercera medida es necesario desarrollar competencias y orientar la educación en salud hacia la atención primaria en salud.

En relación con las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, la cantidad y calidad de información disponible es insuficiente; no obstante es posible realizar una estimación la cual no es satisfactoria, ni edificante. En octubre del año 2020 la Procuraduría General de la Nación – PGN emitió la Circular 007, acerca de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud empleados en IPS públicas. Los datos recabados por la Procuraduría en dicho informe son lapidarios sobre la cuestión: un total de 926 Empresas Sociales del Estado (ESE) empleaban en 2020 a 163.116 personas, de las cuales solo 46.715 tenían contratos directos con las IPS, mientras que otras 116.401 personas se hallaban vinculadas a través de figuras de intermediación laboral, tales como contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, contratos de prestación de servicio y otras figuras similares. Así, según el ministerio público, solo el 28,63% del personal de las ESE tenían un vínculo directo con estas instituciones, al tiempo que el 71,37% estaban tercerizadas (72) .

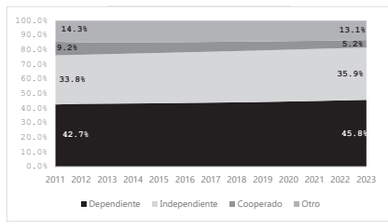
Las consecuencias de la tercerización laboral en la situación de los trabajadores en general están ampliamente documentadas en el país: menores salarios, jornadas laborales excesivas, escasa o nula cotización a seguridad social, ausencia de prestaciones sociales y dotación, e imposibilidad de organizarse sindicalmente para reclamar mejores condiciones de trabajo y económicas por parte de los trabajadores; todas reiteradamente expuestas por los trabajadores de la salud en las audiencias públicas y mesas técnicas realizadas dentro del proceso de debate de proyecto de reforma al sistema de salud. A esto se le debe sumar el hecho de que en este tipo de labores es necesaria la existencia de los turnos en jornadas nocturnas, horas extras, trabajo dominical y festivo; lo que en el contexto intermediación laboral y recorte de jornada nocturna, disminución de pagos por horas extras, dominicales y festivos, que introdujo de la Ley 789 de 2002 ha significado el deterioro progresivo de las condiciones laborales de los trabajadores durante las últimas décadas.

Como bien advierte la Procuraduría en la circular mencionada, el artículo 103 de la ley 1438 de 2011 ordenaba que los trabajadores misionales de la salud en el sector público sean contratados directamente por las Empresas Sociales del Estado - ESE, y en tal sentido la predominancia de la intermediación laboral es una clara violación de la legislación, en grave perjuicio de la calidad de vida de los trabajadores, y con efectos incuantificables en la calidad del servicio prestado a los pacientes. Desafortunadamente, la Circular no recoge datos del sector privado de salud, del cual hay muy poca información, lo que no permite profundizar en las condiciones de trabajo en el segmento donde laboral de la mayoría de los trabajadores de la salud.

A pesar de esta ausencia de información, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Observatorio de Talento Humano en Salud, y haciendo uso de la información disponible a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y el Registro del Talento Humano en Salud (ReTHUS), ha logrado recabar datos sustanciales en cuanto a la situación actual y dinámica de estos trabajadores.

De acuerdo con los informes del Ministerio, la situación de contratación laboral de los trabajadores de la salud apenas si ha mejorado en los últimos lustros. En efecto, si para 2011 el 42,7% de los trabajadores de la salud tenían una vinculación laboral formal, en calidad de trabajadores dependientes, para 2022 esta cifra apenas se elevó en 3,1 puntos porcentuales, hasta llegar al 45,8%. Por el contrario, el número de trabajadores "independientes" creció de 33,8% a 35,9% y los trabajadores bajo formas de intermediación laboral tales como Cooperativa de Trabajo Asociado - CTA u otras apenas decreció en 5,2 puntos porcentuales, pasando de 23,5% en 2011 a 18,3% en 2022. Teniendo en cuanto que una gran proporción, incuantificable, de trabajadores denominados como "independientes" son en realidad empleados precarizados bajo figuras tales como Contratos de Prestación de Servicios, se hace meridianamente claro que la situación laboral de los empleados de la salud, en al menos la última década, apenas si ha mejorado marginalmente, y que lo que predomina es la precariedad e inestabilidad en las relaciones laborales.

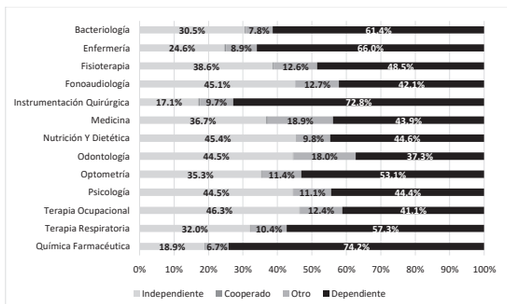
Figura 10. *Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA. (Talento Humano en Salud de nivel universitario)*



Fuente: *Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en los cubos de SISPRO*

La precariedad laboral, bajo los múltiples rostros de la intermediación laboral y de la contratación civil, abarca a todas las profesiones, pero es especialmente grave en profesiones como la fonoaudiología, la fisioterapia, la medicina y la odontología; labores todas que son misionales y permanentes en los servicios de salud.

Figura 11. *Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA*



Fuente: *Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en los cubos de SISPRO*

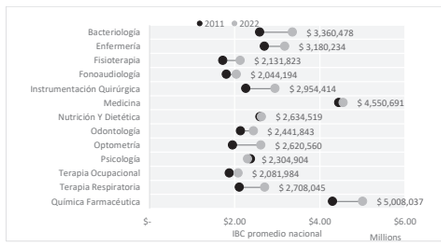
Estas condiciones atípicas, por no decir ilegales, de contratación laboral del personal de la salud, se reflejan en la evolución salarial de los profesionales del sector, que cuando mínimo debe calificarse de insatisfactoria. En efecto, el incremento salarial real, ajustado por inflación, de los trabajadores de la salud entre 2011 y 2022 apenas ha sido de $35.915 anuales, algo bastante cuestionable, teniendo en cuenta el consenso general de la opinión pública, al menos desde 2020 cuando estalló la pandemia de la Covid-19, acerca de la labor

heroica de los trabajadores de la salud, cuyo sentido laboral de su vida consiste, básicamente, en cuidar y proteger la vida de toda la ciudadanía.

Entre todas las profesiones de la salud, llama fuertemente la atención, el escaso incremento salarial de los profesionales de medicina y, nutrición y dietética, profesiones fuertemente relacionadas tanto con las labores de promoción y prevención como de atención a la enfermedad, e incluso es de destacar el caso de los profesionales de psicología, cuyo ingreso real ha disminuido entre 2011 y 2022.

Figura 12. *Ingreso Base de Cotización (IBC) promedio de profesionales de la salud (precios constantes 2022)*

Cifras en millones de pesos



Fuente: *Cálculos propios con base en Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos de SISPRO (2023) y calculadora de inflación MinTrabajo (2023)*

Tabla 15.Variación del Ingreso Base de Cotización (IBC) promedio de profesionales de la salud, ajustados por inflación

			Ajuste IPC		Ajuste interés compuesto		
Perfil	**IBC 2011 (promedio)**	**IBC 2022 (promedio)**	**Dif Abs**	**Dif Rel**	**Dif Abs**	**Dif Rel**	**Incremento anual medio (real)**
Bacteriología	$ 1.625.081	$ 3.360.478	$ 771.250	**29,8%**	$ 771.087	**29,8%**	$ 70.099
Enfermería	$ 1.694.139	$ 3.180.234	$ 480.976	**17,8%**	$ 480.805	**17,8%**	$ 43.710
Fisioterapia	$ 1.081.511	$ 2.131.823	$ 408.661	**23,7%**	$ 408.552	**23,7%**	$ 37.141
Fonoaudiología	$ 1.136.288	$ 2.044.194	$ 233.756	**12,9%**	$ 233.642	**12,9%**	$ 21.240
Instrumentación Quirúrgica	$ 1.420.122	$ 2.954.414	$ 691.746	**30,6%**	$ 691.603	**30,6%**	$ 62.873
Medicina	$ 2.791.316	$ 4.550.691	$ 103.311	**2,3%**	$ 103.030	**2,3%**	$ 9.366
Nutrición Y Dietética	$ 1.630.362	$ 2.634.519	$ 36.876	**1,4%**	$ 36.712	**1,4%**	$ 3.337
Odontología	$ 1.344.241	$ 2.441.843	$ 300.075	**14,0%**	$ 299.940	**14,0%**	$ 27.267
Optometría	$ 1.224.725	$ 2.620.560	$ 669.215	**34,3%**	$ 669.092	**34,3%**	$ 60.827
Psicología	$ 1.490.547	$ 2.304.904	-$ 69.971	**-2,9%**	-$ 70.121	**-3,0%**	-$ 6.375
Terapia Ocupacional	$ 1.176.437	$ 2.081.984	$ 207.577	**11,1%**	$ 207.459	**11,1%**	$ 18.860
Terapia Respiratoria	$ 1.324.376	$ 2.708.045	$ 597.927	**28,3%**	$ 597.794	**28,3%**	$ 54.345
Química Farmacéutica	$ 2.699.684	$ 5.008.037	$ 706.653	**16,4%**	$ 706.382	**16,4%**	$ 64.217

Fuente: *Cálculos propios con base en Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos de SISPRO (2023) y calculadora de inflación MinTrabajo (2023)*

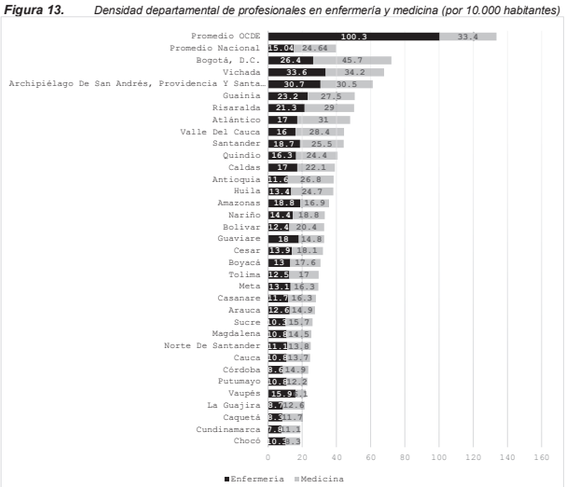
Los datos expuestos son suficientemente indicativos de una situación de profunda precariedad laboral de los trabajadores de la salud, que se salda en fenómenos como el multiempleo y, en general, las magras condiciones de vida de los trabajadores del sector. A este respecto basta con un dato adicional: la Encuesta Nacional de Situación Laboral en Salud del Colegio Médico Colombiano en 2019 (73), evidencia que el 32% de los médicos generales trabaja entre 48 y 66 horas por semana, y el 14% labora más de 66 horas semanales. En el caso de los médicos rurales, el 40% trabaja entre 48 y 66 horas semanales, mientras que el 20% trabaja más de 66 horas. Para los especialistas, el 33% trabaja entre 48 y 66 horas semanales, y el 14% trabaja más de 66 horas por semana (74).

Esta situación estructural de precariedad laboral en el sector de la salud comporta algunas consecuencias adicionales potencial o actualmente peligrosas para el desenvolvimiento del sector: en primer lugar, el costo de oportunidad asociado a estudiar una carrera del área de la salud se ha incrementado, por lo que se presenta un incremento en el tiempo necesario para que los profesionales de la salud recuperen la inversión realizada en su formación, lo que desestimula el estudio de estas carreras y pueden afectar a corto y mediano plazo la disponibilidad de trabajadores especializados en el sector. En segundo lugar, las malas condiciones laborales en el sector llevan a los profesionales a concentrar sus actividades y vida laboral en las grandes ciudades, donde las ofertas de empleo y sus condiciones son relativamente mejores, lo cual se salda con escasez y desmejora en la atención de la población en ciudades de menor tamaño y en poblaciones rurales y dispersas.

La conclusión es, por lo tanto, inequívoca: el sistema de salud debe transformarse estructuralmente en lo relacionado con mejorar las condiciones laborales y de ingresos de los trabajadores de la salud; lo que además, se debe combinar con una mejora de las condiciones de ingresos de las IPS, que deben ser las contratantes directas y últimas de estos trabajadores, lo cual apunta en la dirección del giro directo universal y temprano. Sin estas dos condiciones, la mejora de las condiciones de trabajo de los empleados de la salud será prácticamente imposible, y de rebote el peligro en la calidad de la atención de la población solo podrá ir *in crescendo*.

En relación con la densidad y distribución del Talento Humano en Salud, el país enfrenta grandes retos. Tan solo nueve (9) departamentos tienen una densidad de profesionales en medicina por encima del promedio nacional; y solamente Bogotá y el departamento de Vichada tienen una densidad por encima del promedio de la OCDE. En cuanto a los profesionales en enfermería, la situación es más crítica, el país tiene una de las densidades más bajas de todos los países de la OCDE en la materia, no obstante, la mitad de los departamentos tienen una densidad por encima del promedio nacional (22,75).

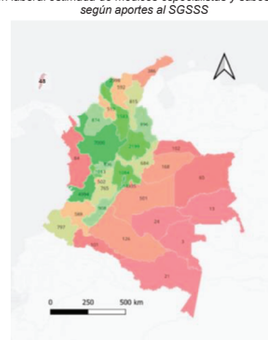
Figura 13. *Densidad departamental de profesionales en enfermería y medicina (por 10.000 habitantes)*



Fuente*: Ministerio de Salud y Protección Social*

Respecto a la distribución de especialistas y subespecialistas en medicina[11] solamente tres departamentos (Antioquia, Atlántico y Valle) registran una densidad por encima de 100 especialistas por cada 100.000 habitantes; y solo Bogotá se acerca a la cifra de países como Chile, México y Francia. El 50% de los departamentos del país tienen densidades inferiores a 50 especialistas por cada 100.000 habitantes.

Figura 14. *Ubicación laboral estimada de médicos especialistas y subespecialistas por departamento, según aportes al SGSSS*



Fuente: *Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, utilizando el cubo de información de ReTHUS-PILA del Observatorio de Talento Humano en Salud. Fecha de corte: 07 de mayo de 2024.*

Nota 1: *Es importante resaltar que el mapa muestra cotizaciones al SGSSS y no el número exacto de especialistas únicos por departamento. Un mismo especialista puede cotizar en varios departamentos, lo que puede duplicar el conteo y resultar en un número total de cotizaciones superior al número real de especialistas. Además, la información puede reflejar múltiples ubicaciones laborales, complicando la determinación exacta de la distribución geográfica.*

Nota 3: *En los resultados aquí presentados pueden existir inexactitudes generadas por el multiempleo y la movilidad laboral, así como problemas de la calidad del dato al momento de diligenciar PILA por parte de empleadores y trabajadores independientes.*

[11] Los datos corresponden a personas que durante el 2023 realizaron aportes al SGSSS a través de PILA, detallando el departamento de ubicación laboral señalado al momento de diligenciar la PILA.

La densidad por 100.000 habitantes para el país es tres veces inferior a la observada en Estados Unidos y el Reino Unido.

Tabla 16.Disponibilidad y densidad de especialistas en países seleccionados

País (año)	Población	Número de especialistas	Especialistas x 100.000 habitantes
Estados Unidos (2021)	333.031.554	784.178	236
Reino Unido	67.508.935	159.633	237
Francia (2021)	67.871.925	121.996	180
México (2021)	126.705.138	209.288	165
Chile (2022)	19.603.733	32.558	166
Colombia (2023)	52.215.503	42.115	81

Fuente: *Fuente: OCDE. El "Total de especialistas" incluye Pediatras, Obstetras/Ginecólogos, Psiquiatras, especialistas médicos, especialistas quirúrgicos y otros especialistas no clasificados* (76).

Nota 1*: Es importante tener en cuenta que los datos presentados la tabla pueden tener diferencias en la metodología utilizada por cada país. Estas diferencias pueden afectar la comparabilidad directa de los datos entre diferentes países.*

7. Contexto de la infraestructura hospitalaria

Una de las limitaciones más notorias que tienen los residentes en el país, sobre todo quienes habitan las zonas marginales urbanas, así como las rurales y dispersas es la pobre infraestructura hospitalaria, tanto pública como privada. Por ejemplo, 290 municipios del país (26,3%) no cuenta con servicio de atención de parto, 293 municipios (26,3%) carecen de servicios de hospitalización adultos, 175 municipios (15,9%) no tienen servicios de urgencias, 175 (15,9%) de los municipios del país no cuentan con ninguno de los tres (3) servicios mencionados y 633 municipios (57,4%) no cuentan con ninguna sede rural en su municipio (77).

Figura 15. *Distribución de servicios de parto*

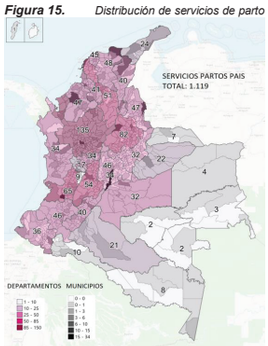
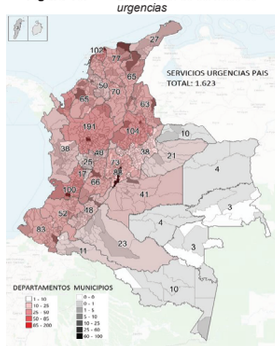
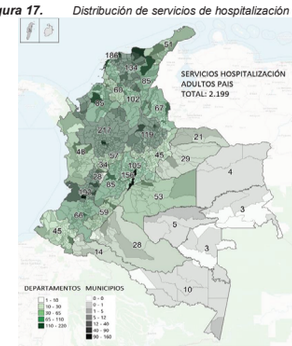


Figura 16. *Distribución de servicios de urgencias*



Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS. Corte 14 Nov 2023*

Figura 17. *Distribución de servicios de hospitalización adultos*



Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Salud – REPS. Corte 14 Nov 2023*

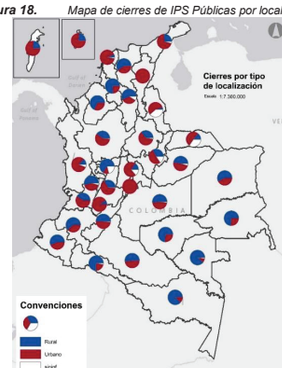
De acuerdo con la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, 3.821 sedes de servicios de salud públicas han sido cerradas en todo en territorio nacional durante los últimos 18 años, los cierres se han dado en todos los departamentos, pero con mayor concentración en: Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Bolívar

Tabla 17.Cierres de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas

Departamento	Rural	Urbana	Total general
Amazonas	10	5	15
Antioquia	60	99	160
Arauca	14	24	38
Atlántico	4	137	141
Bogotá D.C.	2	153	155
Bolívar	136	91	227
Boyacá	30	54	84
Caldas	147	59	206
Caquetá	110	33	143
Casanare	11	25	36
Cauca	197	138	336
Cesar	73	42	117
Choco	1	98	99
Córdoba	13	64	77
Cundinamarca	70	153	224
Guainía	33	5	38
Guaviare	15	5	20
Huila	48	33	81
La Guajira	18	96	114
Magdalena	40	34	75
Meta	63	50	113
N. de Santander	11	53	65
Nariño	179	104	283
Putumayo	59	13	72
Quindío	3	32	35
Risaralda	16	11	27
San Andrés	2	10	12
Santander	66	71	137
Sucre	91	43	134
Tolima	63	52	115
Valle del Cauca	219	121	341
Vaupés	47	3	50
Vichada	32	19	51
TOTAL GENERAL	**1883**	**1930**	**3821**

Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud – Aplicativo SIHO*

Figura 18. *Mapa de cierres de IPS Públicas por localización*



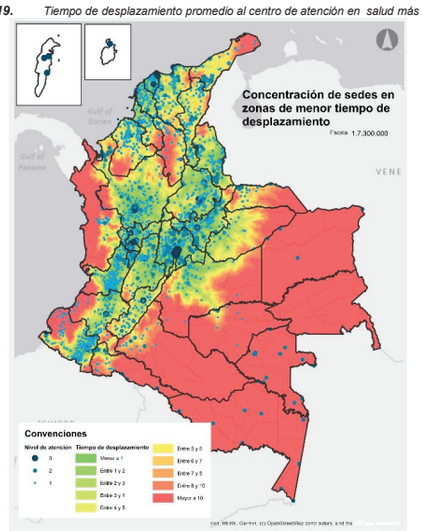
Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud – Aplicativo SIHO*

Las limitaciones físicas en las sedes hospitalarias reducen la garantía en el acceso a los servicios en condiciones de habilitación y la capacidad para resolver las demandas de la población, generando ineficiencia en la asignación y utilización de recursos, además de incrementar la insatisfacción de los usuarios, y la percepción negativa, sobre dichas instituciones y el Sistema de Salud. Estas limitaciones son mayores en cuanto a la oferta pública de los servicios de salud y con mayor dimensión en las zonas rurales.

En el siguiente mapa de calor se muestra el tiempo necesario para llegar al servicio de salud más cercano, se evidencia que en el extremo norte de La Guajira, en el litoral pacífico, en gran parte de los departamentos de Putumayo, Caquetá, Mete y Guaviare y en la

totalidad de los departamentos de Vichada, Guainía Vaupés y Amazonas el tiempo promedio para llegar al servicio de salud más cercano en superior a 10 horas; al respecto, la Corte Constitucional ha dicho reiteradamente que: "un tiempo superior a dos horas a pie para obtener atención resulta una barrera irrazonable", e igualmente ha instado a construir un indicadores que midan la accesibilidad física a los servicios de salud (78,79).

Figura 19. *Tiempo de desplazamiento promedio al centro de atención en salud más cercano*



Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud – Aplicativo SIHO*

Además de deterioro, falta o gran distancia de la infraestructura hospitalaria, varios diagnósticos coinciden en que en el país no se han desarrollado Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (11,29,80), lo que ha llevado a que la prestación de servicios de salud sea fragmentada y orientada a la atención de la enfermedad, y sin garantía de la continuidad de la atención.

La infraestructura sanitaria disponible en el país tiene diferentes inequidades, como puede observarse en las siguientes figuras; por ejemplo solamente el 9,7% de las Instituciones Prestadoras de Salud existentes en el país se encuentran en áreas rural, y el 90,3% en las zonas urbanas, lo que no corresponde a las condiciones sociales, demográficas y culturales de la población. Existen 642 municipios del país sin ninguna institución prestadora en la ruralidad.

Figura 20. *Distribución de IPS en el país*

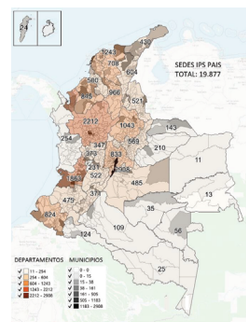
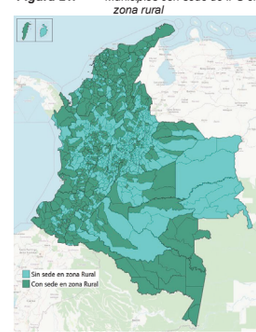


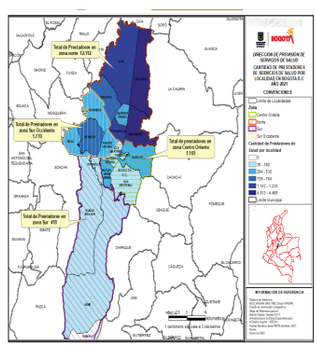
Figura 21. *Municipios con sede de IPS en zona rural*



Fuente: *Base de datos registro especial de prestadores de servicios de salud – REPS. Corte 14 Nov 2023*

Al interior de las ciudades también existen inequidad en los servicios de salud, por ejemplo en Bogotá en la zona norte existen 29 veces más prestadores que en a zona sur, como se muestra en la siguiente figura.

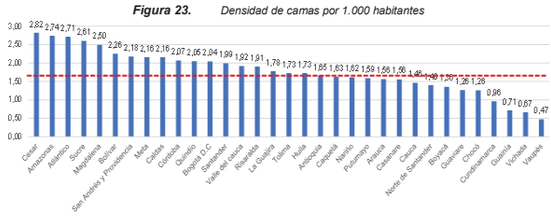
Figura 22. *Distribución de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Bogotá*



Fuente: *Base de datos registro especial de prestadores de servicios de salud – REPS*

En relación con las camas hospitalaria, el país cuenta tan solo en promedio con dos (2) camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, lo que significa menos de la mitad del estándar de los países de la OCDE, que es 4,4 camas por 1.000 habitantes. Existe también importantes diferencias entre departamentos, solamente la mitad supera el promedio nacional, e inclusive se tienen cifras tan críticas como 0,47 camas por 1.000 habitantes, en el Vaupés.

Figura 23. *Densidad de camas por 1.000 habitantes*



Fuente: *MSPS. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS. Corte: 06/09/2022. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá*

La OPS (2011) plantea que el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS ha establecido tres barreras estructurales para el desarrollo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud:

a. La competencia versus la complementariedad de los prestadores. Al impulsar la administración gerenciada de las instituciones de salud en un mercado abierto con insuficiente regulación, se estimuló la competencia entre los prestadores a quienes se les impuso el principio de "quien no es autosuficiente y eficiente desaparece", con lo cual se generó un espíritu de competencia por facturar, lograr eficiencia y posesionarse con mayor fuerza en el mercado. Esa condición hizo ver a los otros hospitales como competidores frente al mercado de la salud y no necesariamente como *partners* en el proceso de conservación del mismo y continuidad de la asistencia sanitaria (80).

b. La no existencia de un sistema de tarifas y formas de pago definidos claramente para todos los prestadores, ha generado serias dificultades en el flujo de dinero y la acumulación de cartera entre los diferentes actores (80).

c. La débil rectoría y gobernanza para conformar, organizar y operar la prestación de servicios de salud con base a las necesidades de la población-territorio y con la participación social requerida (80).

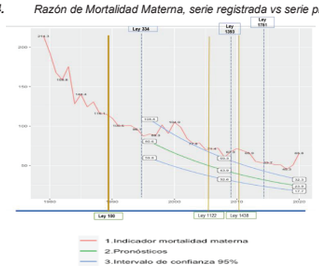
8. Orientación del sistema de salud hacia la enfermedad y resultados en salud inequitativos

Como una aproximación a la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de salud de la población, desarrollado en el país a partir de la Ley 100 de 1993, se realizó un análisis de series temporales durante el periodo entre 1979 a 2020, para los dos indicadores de mortalidad trazadores (mortalidad materna y mortalidad en menores de un (1) año), utilizando las series de 1979 a 1995, se generó el pronóstico de cada indicador de mortalidad entre 1996 y 2020, con la finalidad de hacer la comparación contra la tendencia real.

El modelo de pronóstico se ajustó usando series de tiempo SARIMA (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average) con los datos mensuales. Cuando los datos mensuales del indicador mostraron un comportamiento estacional, se tuvieron en cuenta los parámetros para el pronóstico en la serie de tiempo. El número de muertes maternas y muertes infantiles, se extrajeron de los registros oficiales de las estadísticas vitales. Para el cálculo de nacidos vivos, debido a que se cuenta con este dato solo a partir de 1998, se utilizaron las retroproyecciones de población de 0 años calculadas por el DANE para toda la serie, y a partir de 1999 también se usaron proyecciones de población de 0 años, para mantener la homogeneidad en el dominador para toda la serie. La razón de mortalidad materna fue retro proyectada para el periodo 1979 a 1998 con una regresión lineal, tomando como base el comportamiento de 1998 hasta 2020. Esto, debido a que antes de 1998 la mortalidad en el puerperio se tomaba hasta los 10 primeros días después del parto, y a partir de ese año fue incluido el puerperio tardío hasta los 42 días después del parto en la definición de medición del indicador. Las causas de muerte se extrajeron agrupadas según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad que homologa las revisiones novena y décima de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción novena revisión (CIE-9 y CIE-10).

Para el caso de la **Razón de Mortalidad Materna**, el análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 2020 mostró cómo dicho indicador para el período 1979-1995, presentó una tendencia marcada a la baja, pasando de 214.3 a 88 muertes por 100.000 menores de un año (RMM), reduciéndose 126 muertes. Sin embargo, dicha velocidad se redujo a mediados de los años noventa con una razón promedio para el periodo 2000-2019 de 65.7 y con una reducción de 39.2 muertes, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 24. *Razón de Mortalidad Materna, serie registrada vs serie pronosticada*

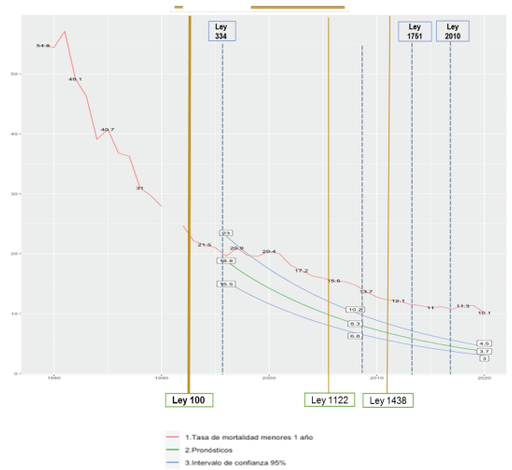


Fuente: *Ministerio de Salud y Protección Social*

El pronóstico del indicador muestra cómo desde el año 2005 es consistente la desviación aumentada con respecto a la tendencia del canal proyectado. Si la intervención de la Ley 100 de 1993 hubiese sido suficientemente efectiva, la mortalidad materna habría alcanzado una tasa de 44 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2008, cumpliendo así la meta de los entonces Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM (45 muertes), y en 2020 con una de 24 muertes por 100.000 nacidos vivos, cumpliendo la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS (32 muertes).

Por su parte, en análisis de la **tasa de mortalidad en menores de un (1) año** mostró que, en las series de tiempo para el periodo 1979 a 1996, según los registros de Estadísticas Vitales - EEVV presenta una tendencia marcada a la baja pasando de 54,8 en 1979 a 19,6 en 1996 muertes por 1000 menores de 1 año. A partir de 1999, si bien se presenta una reducción, no lo hace a la misma velocidad que presentó hasta 1996 y se sale del intervalo proyectado hasta el final del periodo, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 25. *Tasa de mortalidad en menores de 1 año, serie registrada vs serie pronosticada 1980-2020*



Fuente: *Elaboración propia*

Como puede evidenciarse, a partir de 1999 la evolución de la serie se ha mantenido fuera del intervalo de confianza, desviándose del límite superior del canal proyectado antes de la Ley 100 de 1993. Aun cuando se cumple la meta ODS (16,68 por 1.000), si el efecto de la intervención hubiese sido suficientemente eficaz, la mortalidad en menores de un año se habría reducido a una tasa de 8,3 por cada 1000 menores de 1 año en 2008 y a 3,7 por 1.000 menores de 1 año en 2020.

Puede concluirse entonces, que el Sistema General de Seguridad Social en Salud del país no ha integrado de manera efectiva un enfoque hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que se evidencia en la persistencia de bajas coberturas de intervenciones relacionadas con protección específica y detección temprana y en la consecuente materialización de riesgos en salud con ocurrencia de enfermedades y muertes prevenibles e importantes costos sociales y económicos.

Para el periodo 2016 - 2020, en el país no se alcanzaron las coberturas esperadas para ninguno de los veintitrés indicadores evaluados en esta categoría y aquellos relacionados con: asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH en gestantes, captación temprana al control prenatal, tamizaje y tratamiento terminado para sífilis en gestantes, tratamiento de recién nacidos con sífilis congénita, tamizaje para hepatitis B en gestantes, consulta de planificación familiar, suministro de método de planificación familiar, toma de citología cérvico uterina, toma de mamografía, consulta del adulto, consulta de joven, control de placa bacteriana y tamizaje de agudeza registraron coberturas promedio para el periodo inferiores al 50%.

Para los años 2021 y 2022 persisten restricciones para el acceso de las personas, familias y comunidades a intervenciones de promoción y prevención relacionadas con I. valoración integral del estado de salud, II. detección temprana de alteraciones, III. protección específica y IV. educación para la salud, pese a que estas se encuentras financiadas en el marco del plan de beneficios en salud y están reguladas como de obligatorio cumplimiento por parte de los actores del sistema de salud.

Tabla 18.Cobertura en actividades de protección específica y detección temprana (PEDT)

Indicador	2021	2022
Captación Temprana de Gestantes	51,41	41,04
Gestantes Tamizaje Hep B	46,96	41,56
Gestantes Tamizaje Sífilis	57,21	46,08
Gestantes Tamizaje VIH	60,72	49,27
Gestantes Tamizaje VIH, Sífilis, Hep B	40,65	36,79
Valoración Integral Primera Infancia	24,2	33,39
Valoración Integral Infancia	20,51	30,1
Valoración Integral Adolescencia	17,78	28
Valoración Integral Juventud (18-23)	35,03	46,66
Valoración Integral Juventud (18-28)	34,31	46,36
Valoración Integral Juventud (24-28)	33,59	46,06
Valoración Integral Adultez (29-44)	25,67	40,52
Valoración Integral Adultez (45-59)	31,74	45,78
Valoración Integral Adultez (29-59)	28,85	43,27
Valoración Integral Vejez	27,49	47,05
Valoración Salud bucal Primera Infancia	12,53	25,86
Valoración Salud bucal Infancia	8,06	17,51
Valoración Salud bucal Adolescencia	6,69	15,23
Valoración Salud bucal Juventud	7,33	15,09
Valoración Salud bucal Adultez	7,42	14,33
Valoración Salud bucal Vejez	6,92	12,89
Profilaxis Placa Bacteriana Primera Infancia	0,8	1,36
Profilaxis Placa Bacteriana Infancia	0,47	0,82
Profilaxis Placa Bacteriana Adolescencia	0,44	0,84
Profilaxis Placa Bacteriana Juventud	7,72	9,5
Profilaxis Placa Bacteriana Adultez	14,72	12,75
Profilaxis Placa Bacteriana Vejez	11,38	9,66
Tamizaje Agudeza Visual Primera Infancia	11,69	18,53
Tamizaje Agudeza Visual Infancia	5,74	9,88
Tamizaje Agudeza Visual Adolescencia	5,56	9,78
Tamizaje Agudeza Visual Juventud	12,17	15,51
Tamizaje Agudeza Visual Adultez	14,37	17,1
Tamizaje Agudeza Visual Vejez	18,7	21,77
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino	52,67	49,56
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino - Citología	52,1	48,1
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino ADN-VPH	1,79	3,91
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino VIA - VILI	0,25	0,12
Tamizaje Cáncer de Mama	29,00	33,64
Tamizaje Cáncer de Colon y Recto	3,19	8,93
Tamizaje Cáncer de Próstata	0,63	2,58

Fuente numerador*: Cálculos realizados a partir de la información reportada en RIPS y Resolución 202/21*

Fuente denominador*: BDUA - Datos calculados a la fecha de corte.*

Fecha: 17 de julio de 2024

8.1. Acceso a los servicios de salud

El Observatorio Nacional de Salud – ONS (2019) utilizando el "Modelo comportamental de uso de los servicios de salud" de Andersen, Aday y cols, calculó para el periodo 2013 - 2017 el índice de acceso potencial a los servicios de salud (IAPSS) para cada municipio de Colombia (Tabla 17 y 18) (Figura 24). Encontrando que el 80% de los municipios de Colombia presentan un nivel Muy bajo (51,9%) y bajo (31,4%) de acceso potencial; los únicos dos municipios con un nivel muy alto de acceso potencial fueron Bogotá y Medellín; y cuatro (4) departamentos: Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tienen la totalidad de sus municipios con muy bajo acceso (Figura 1).

Tabla 19.Aspectos analizados por dimensión y subdimensión para el índice de acceso potencial

Dimensión	Subdimensión	Aspectos analizados
Características del Sistema	Recursos Volumen y distribución	Volumen - Densidad de distintos profesionales - Densidad de camas hospitalarias - Densidad de servicios especializados Distribución - Accesibilidad geográfica de los servicios

Dimensión	Subdimensión	Aspectos analizados
Características de los individuos	Organización de los servicios Entrada y estructura	Entrada: - Tiempo de viaje - Tiempo de espera para una cita - Horarios de atención - Distancia de la residencia al lugar de atención Estructura: - Fuente de atención regular - Tipo y especialidad del proveedor - Tiempo con el médico o personal
	Factores predisponentes	Edad Sexo Educación Etnia Estado civil Ocupación Creencias Enfermedades previas
	Factores capacitantes	Individuo - Aseguramiento en salud - Ingresos - Cercanía con servicios de salud Del contexto del área - Medios de transporte área de residencia – rural – urbana - Porcentaje de pobreza - Nivel de violencia del área a capital social
	Necesidad percibida y evaluada	Percibida: - Nivel de salud percibida - Preocupación por la salud - Grado de incapacidad Evaluada

Fuente: *ONS* (81)

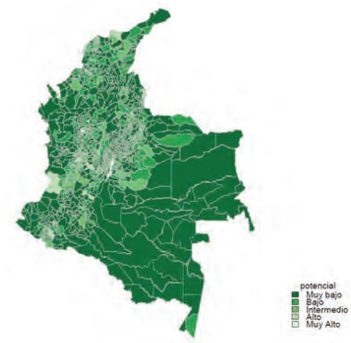
Tabla 20.Cantidad de municipios de acuerdo con el nivel de acceso potencial a los servicios de salud por departamento

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy alto		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Municipios*
Amazonas	10	**90,9**	1	9,1	-	-	-	-	-	-	11
Antioquia	65	**52,0**	43	34,4	14	11,2	2	1,6	1	1	125
Arauca	6	**85,7**	1	14,3	-	-	-	-	-	-	7
Atlántico	1	4,3	6	26,1	14	60,9	2	8,7	-	-	23
Bogotá	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1
Bolívar	31	**67,4**	11	23,9	3	6,5	1	2,2	-	-	46
Boyacá	43	35,0	54	43,9	25	20,3	1	0,8	-	-	123
Caldas	7	25,9	13	48,1	6	22,2	1	3,7	-	-	27
Caquetá	14	**87,5**	1	6,3	1	6,3	-	-	-	-	16
Casanare	12	**63,2**	6	31,6	1	5,3	-	-	-	-	19
Cauca	35	**83,3**	6	14,3	1	2,4	-	-	-	-	42
César	14	**56,0**	9	36,0	2	8,0	-	-	-	-	25
Chocó	27	**90,0**	2	6,7	1	3,3	-	-	-	-	30
Córdoba	18	**60,0**	11	36,7	1	3,3	-	-	-	-	30
Cundinamarca	47	40,5	39	33,6	27	23,3	3	2,6	-	-	116
Guainía	9	**100**	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Guaviare	4	**100**	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Huila	28	**75,7**	6	16,2	2	5,4	1	2,7	-	-	37
La Guajira	11	**73,3**	4	26,7	-	-	-	-	-	-	15
Magdalena	22	**73,3**	5	16,7	2	6,7	1	3,3	-	-	30
Meta	20	**69,0**	6	20,7	3	10,3	-	-	-	-	29
Nariño	31	48,4	28	43,8	4	6,3	1	1,6	-	-	64
Norte de Santander	28	**70,0**	6	15,0	5	12,5	1	2,5	-	-	40
Putumayo	9	**69,2**	4	30,8	-	-	-	-	-	-	13
Quindío	-	-	7	58,3	4	33,3	1	8,3	-	-	12
Risaralda	2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	-	-	14
San Andrés	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2
Santander	42	48,3	31	35,6	11	12,6	3	3,4	-	-	87
Sucre	13	**50,0**	10	38,5	2	7,7	1	3,8	-	-	26
Tolima	20	42,6	15	31,9	10	21,3	2	4,3	-	-	47
Valle del Cauca	3	7,1	22	52,4	15	35,7	2	4,8	-	-	42
Vaupés	6	100	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Vichada	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	4

**Incluye áreas municipalizadas*

Fuente: *ONS* (81)

Figura 26. *Mapa de distribución geográfica de los niveles de acceso potencial a los servicios de salud en Colombia. 2013 – 2017*



Fuente: *Tomado de ONS*

Los investigadores concluyen que, el acceso a los servicios de salud se configura como un determinante de los resultados en salud y sus desigualdades, generando brechas y gradientes a favor de municipios con mejor acceso para varios eventos de mortalidad evitable, morbilidad y salud sexual y reproductiva.

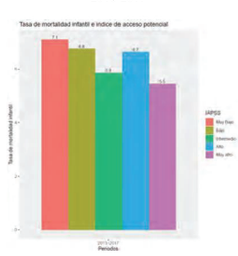
Corroboraron que la configuración del sistema de salud colombiano en donde las dinámicas de la oferta de servicios estén centradas más en la atención de la enfermedad que en su prevención, afectan de forma directa la disponibilidad de servicios y programas de promoción y prevención.

Evidenciaron que las características económicas y del contexto comunitario en los territorios, determinan la capacidad de las personas para acceder a los servicios de salud. La ruralidad es una característica capacitante que media el acceso a los servicios de salud de la población, aumentando el gasto de bolsillo, limitando el desplazamiento a las instituciones de salud por barreras geográficas y disminuyendo el uso de algunos servicios preventivos como los controles prenatales.

Factores predisponentes como la etnia, el género, la edad, entre otros, no explican por si solos el uso de los servicios de salud, sino que este está determinado por la interacción de estas características de la población con los factores capacitantes descritos. Por ejemplo, los gastos de bolsillo en salud aumentan cuando en el hogar, alguno de sus integrantes es mayor de 60 años, hay niños o personas en condición de discapacidad, o el jefe de hogar es mujer, tiene empleo informal y es de baja escolaridad.

Específicamente en cuanto a la mortalidad neonatal e infantil y su relación con el índice de acceso a los servicios de salud; encontraron que para los años 2013 a 2017 se evidencia que los municipios con mayor acceso potencial tienen las tasas de mortalidad infantil más bajas. Al comparar con el quintil de mayor acceso, la desigualdad relativa es de un 30% de más riesgo entre los municipios con de menos acceso potencial (RR = 1,3).

Figura 27. *Tasas de mortalidad infantil según quintil de acceso potencial a servicios de salud. Colombia 2013-2017*



Fuente: *Tomado de ONS*

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud – OPS (11), utilizando el modelo de cobertura efectiva de Tanahasi (82) encontró que para los colombianos la principal razón de insatisfacción y barrera de acceso al sistema de salud está relacionada con las largas esperas y el exceso de trámites para la asignación de citas médicas, en particular, de citas especializadas; igualmente la falta de comunicación entre los aseguradores y los prestadores genera retrasos en la gestión de los trámites y en la asignación de citas.

De acuerdo con sus análisis, los largos tiempos de espera y el exceso de trámites se explican en parte, por los incentivos a la contención de costos de parte de las EPS, lo que da lugar a peligrosas limitaciones de oferta de servicios. Igualmente consideran que las tarifas de negociación de los servicios de salud entre las EPS y las IPS, de no ser adecuada, ponen en aprietos financieros a las IPS y generan un detrimento de la oferta de servicios de salud, lo que sumado a la restricción de la oferta de recursos humanos, prolonga los tiempos de espera.

Adicionalmente, identifican que al entregarle a las EPS la función de organizar Redes de Prestadores de Servicios, se ha permitido que aunque existan prestadores más cercanos a la residencia, los usuarios deben desplazarse grandes distancias para poder recibir atención en salud, en ocasiones a otros municipios, si las EPS no tienen contratos con los IPS del territorio de residencia, fenómeno que ocurre inclusive en las zonas urbanas.

Finalmente, reconocen que si bien el país ha hecho un esfuerzo por descentralizar su sistema de salud, la eficacia y eficiencia de las autoridades locales se ven muchas veces limitadas por la heterogeneidad de las estructuras de gobernanza y capacidades de salud pública existentes, incluso en temas como el acceso a servicios de internet. Tales dificultades se acompañan, además, de la gran heterogeneidad política y socioeconómica de las comunidades atendidas por estas instituciones, que requieren enfoques diferenciales y adaptados a sus necesidades.

Ante ese panorama, la Organización Panamericana de la Salud ofrece cuatro recomendaciones para superar las barreras de acceso y fortalecer la atención primaria en salud:

1. Fortalecer la rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud y Protección Social en los diferentes niveles de gestión, prestando especial atención a las capacidades para liderar un enfoque integral de la Atención Primaria en Salud.

2. Fortalecer los sistemas de información a fin de contar con mejores herramientas para la adopción de decisiones.

3. Formular y aplicar estrategias de fortalecimiento de los recursos humanos y la infraestructura.

4. Fortalecer los incentivos a la calidad, tanto financieros como no financieros, en todo el sistema de salud.

5. Fortalecer la visión a largo plazo en las estrategias del sistema de salud, incluidas aquellas que buscan fomentar la sostenibilidad financiera.

8.2. Estado de la garantía del derecho de la población a la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer

En el marco de la gestión integral del riesgo en salud en el componente individual, en donde las Empresas Promotoras de Salud tienen como función primordial la gestión del riesgo individual de la población a cargo, que implica: "*la identificación, análisis y comunicación del riesgo en salud a los afiliados, la organización de la prestación de servicios de salud según los riesgos identificados y la implementación y el monitoreo de acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado*" (83); se observa el no cumplimiento de las metas establecidas para diferentes condiciones como leucemia aguda pediátrica, cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, entre otros.

En cuanto a la garantía del derecho de los niños y niñas a una detección y tratamiento oportuno de la **Leucemia Linfoide Aguda Pediátrica** para el año 2022 de acuerdo con lo reportado en el informe de indicadores de cálculo y resultado de distribución de recursos para ajustes ex POST (Tabla 19), se evidencia que del total de EPS:

- 12 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **5 días** para el diagnóstico e incluso algunas **tardaron hasta 25 días** para su realización.

- 13 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **inicio del tratamiento dentro de los 5 días posteriores al diagnóstico** con demoras de hasta **60 días** en algunos casos, poniendo en **grave riesgo la salud y la vida** de los niños y niñas con este diagnóstico.

- 10 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **continuidad del tratamiento (Meta: 60%),** expresión de las barreras de acceso administrativas y la ausencia de gestión del riesgo en salud.

Tabla 21.Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Leucemia Linfoide Aguda 2022

EPS	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 10 días	Oportunidad de inicio de tratamiento (días) Meta: 6 días	Continuidad de tratamiento (% de cumplimiento) Meta: 60%
1	SD	SD	SD
2	SD	4	SD
3	25,29	10,71	62,50%
4	SD	10,00	SD
5	SD	SD	SD
6	SD	SD	SD
7	4,00	4	0%
8	8,00	33,13	23,09%
9	6,31	14,33	55,81%
10	4,33	1	100%
11	5,76	3,67	70,37%
12	11,40	5,50	40%
13	5,16	1,8	73,68%
14	2,29	3	87,5%
15	SD	SD	SD
16	15,4	23,92	42,31
17	SD	SD	SD
18	SD	SD	SD
19	SD	SD	SD
20	2,0	10	0%
21	4,75	10	75%
22	SD	SD	SD
23	13,0	SD	100%
24	SD	SD	SD
25	SD	SD	SD
26	3,8	15,2	80%
27	17,08	57,5	41,67%
28	11,25	13,78	45,45%
29	8,24	13	21,43
30	3,62	3,67	84,21%
31	14,83	5,42	37,5%

Fuente: *Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.*

En cuanto a la garantía del derecho a las mujeres a una detección y tratamiento oportuno por **cáncer de mama** (Tabla 20) en el año 2022 del total de EPS:

- 23 de 31 EPS **no garantizaron el tamizaje con mamografía** (meta:40%) a las mujeres entre 50 y 69 años a pesar de ser su derecho.

- 25 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad del diagnóstico** (meta 30 días**)** e incluso algunas tardaron hasta 65 días.

- 21 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 60%).

- 25 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 45 días) **e incluso 10 EPS tardaron más de 80 días en el inicio de ese tratamiento,** lo que en consecuencia genera mayores costos familiares, sociales y para el sistema de salud.

Lo anterior se refleja en las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores las cuales fueron de 28,9% (Meta de 40%) para el tamizaje con mamografía, 44 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 45% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 60%) y 69,9 días para la oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 45 días) y se relaciona con graves restricciones para el acceso a los servicios de salud, falta de oportunidad de la atención, fragmentación y segmentación con redes de atención que no se organizan en función de las necesidades de la población.

Un estudio realizado en Colombia identificó que "una mayor **fragmentación de la atención** en salud, definida como el número de prestadores de servicios de salud que tratan a una paciente durante el primer año después del diagnóstico, se asocia con una **disminución de la supervivencia a 4 años** y un **aumento del costo de atención** de las mujeres con cáncer de mama en Colombia" (84) e incluso el mismo estudio encontró que dentro de la cohorte de mujeres que participaron, algunas fueron atendidas hasta en 16 instituciones prestadoras de servicios de salud diferentes. Esta información puede explicar porque se reporta en investigaciones (85) realizadas para algunas poblaciones del país una supervivencia entre el 77% y el 80%, la cual es considerablemente inferior a la reportada a nivel global por la OMS (86) (GLOBOCAN) y que es superior al 90%.

Tabla 22. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de mama 2022

EPS	Cobertura del tamizaje con mamografía (% de cumplimiento) Meta: 40%	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 60%	Oportunidad de inicio de tratamiento (días) Meta: 45 días
1	17,4%	SD	SD	SD
2	10,31%	63,67	50%	30,0
3	20,41%	62,44	27,18%	78,58
4	9,8%	37,20	0%	92,6
5	60,7%	32,0	88,89	52,11
6	31,97%	65,27	60%	83,83
7	55,87%	23,83	67%	43,1
8	45,34%	36,56	52,69%	59,77
9	40,89%	30,78	58,91%	50,85
10	47,59%	30,59	53,12%	71,83
11	19,07%	21,65	62,17%	45,6
12	50,85%	30,95	63,92%	43,91
13	51,66%	36,12	61,41%	80,42
14	34,37%	51,18	45,05%	76,42
15	26,38%	63,50	16,67%	91,8
16	36,03%	42,22	46,92%	77,21
17	18,82%	SD	SD	SD
18	38,25%	41,42	14,29%	88,88
19	35,14%	38,88	40%	50,73
20	12,13%	16,0	100%	60
21	5,84%	SD	100%	91,0
22	16,39%	34,89	30%	63,78
23	20,6%	48,42	18,75%	58,38
24	17,72%	50,0	0%	SD
25	34,44%	49,8	27,94%	76,24
26	18,58%	41,32	49,86%	59,42
27	20,11%	43,40	24%	94,07
28	14,18%	36,06	34,09%	83,61
29	26,83%	42,74	40,54%	91,84
30	41,29%	42,80	38,38%	81,28
31	18,675	41,16	45,25%	71,82

Fuente: *Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.*

En cuanto a la garantía del derecho a las mujeres a una detección y tratamiento oportuno por **cáncer de cuello uterino** (Tabla 21), para el año 2022:

- 25 EPS no cumplieron con el estándar establecido en relación con **la realización de la citología cervicouterina** (meta 60%) **a las mujeres pertenecientes a la población sujeto de este derecho.**

- 25 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad del diagnóstico** (meta 30 días).

- 23 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 80%).

- 28 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 45 días).

Las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores registran incumplimiento de los estándares establecidos con cifras de 48,2% (Meta de 60%) para el tamizaje con citología cervicouterina, 42,7 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 43% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 80%) y 67,8 días para oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 45 días). La supervivencia reportada por GLOBOCAN para el nivel mundial es del 92%, sin embargo estudios desarrollados en el país muestran como esta cifra no supera el 63% en algunas poblaciones (86).

Tabla 23.Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de cuello uterino 2022

EPS	Cobertura de tamizaje con citología cervicouterina (% de cumplimiento) Meta: 60%	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 80%	Oportunidad de inicio de tratamiento (días) Meta: 45 días
1	47,75%	SD	SD	SD
2	37,62%	56,5	20,0%	87,0
3	39,32%	58,37	28,33%	77,39
4	23,44%	8,6	28,57%	55,2
5	38,67%	SD	SD	SD
6	31,5%	5,0	0%	33,0
7	45,6%	53,33	63,64%	57,88
8	45,14%	40,95	59,21%	57,88
9	51,75%	42,22	79,26%	51,68
10	59,46%	13,0	SD	SD
11	49,61%	41,46	57,50%	65,79
12	70,65%	40,11	64,71%	64,24
13	63,59%	51,36	55,04%	74,15
14	60,59%	27,09	56,86%	93,25
15	57,02%	SD	0%	SD
16	53,29%	35,57	34,06%	83,59
17	36,65%	SD	SD	SD
18	60,08%	144,5	100%	50,0
19	53,71%	105,0	SD	SD
20	37,45%	11,67	0%	39,67
21	24,59%	SD	SD	SD
22	50,37%	37,64	25%	58,40
23	58,22%	24,0	21,43%	77,6
24	38,60%	SD	100%	SD
25	63,265	36,96	44,12%	76,67
26	45,62%	48,57	33,33%	60,1
27	51,45%	33,12	25%	87,9
28	40,21%	31,96	44,96%	91,52
29	46,97%	46,91	50,18%	75,17
30	61,07%	34,94	63,87%	93,59
31	57,70%	39,23	29,66	72,0

Fuente: *Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos.. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.*

En cuanto a la garantía del derecho a los hombres a una detección y tratamiento oportuno del **cáncer de próstata** (Tabla 22), en el año 2022:

- **28** EPS no cumplieron con el estándar establecido en relación con **oportunidad del diagnóstico** (meta: días).
- 30 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 70%).
- 18 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 60 días).

Las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores registran cifras muy por debajo de los esperado: 52,7 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 39% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 70%) y 78,7 días para oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 60 días).

Tabla 24.Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de próstata. 2022

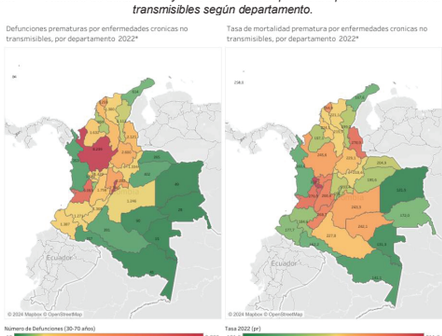
EPS	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 70%	Oportunidad del inicio del tratamiento (días) Meta: 60 días
1	SD	SD	SD
2	SD	SD	SD
3	70,62	20,51%	80,49
4	53,0	0%	112,0
5	52,50	50%	51,0
6	66,29	25%	82,36
7	46,33	57,97%	64,47
8	55,71	51,3%	70,26
9	59,14	56,07%	92,05
10	51,52	59,57%	94,77
11	47,63	51,76%	84,72
12	52,77	47,27%	57,44
13	50,84	64,91%	93,95
14	55,40	31,43%	80,77
15	48,0	50%	95,0
16	45,08	43,40	85,83
17	SD	SD	SD
18	23,8	20%	93,2
19	70	50%	52,27
20	33,33	33,33%	74,67
21	25	50%	84,5
22	56,83	88,89%	25,33
23	19,33	20%	26,33
24	98	33,33%	SD
25	69,82	35,71%	102,80
26	74,52	23,91%	91,17
27	41,06	28,07%	105,75
28	35,20	29,37%	78,39
29	58,06	17,33%	96,36
30	46,2	37,76%	94,02

Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares.*

Durante los años 2012 y 2021 la mortalidad por esta causa creció 1,15% cada año. Cuatro (4) diagnósticos de ECNT hicieron parte de las 10 primeras causas de mortalidad en Colombia en 2022: Tumor maligno de estómago, Hipertensión esencial, Tumor maligno de los bronquios o del pulmón y EPOC(87).

Del total de departamentos del país el 39,4% (n=13) registraron tasas de mortalidad por ECNT superiores a la media nacional en 2022 (pr). Antioquia (n=8.239), Bogotá (n=7.746) y Valle del Cauca (n=6.093), aportaron el 40% de la mortalidad (Figura 28). En contraste, las tasas más bajas de mortalidad por ECNT se registraron en los departamentos de Vichada (n=121,49), Vaupés (n=131,33) y Amazonas (n=141,08).

Figura 30. *Número de defunciones y tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles según departamento.*



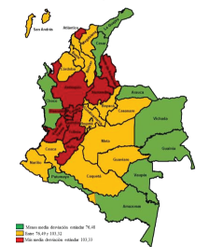
EPS	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 70%	Oportunidad del inicio del tratamiento (días) Meta: 60 días
31	70,88	41,07%	55,92

Fuente: *Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Cuenta de Alto Costo – MSPS. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.*

Según datos preliminares, para el año 2022 el cáncer fue la segunda causa de mortalidad general (95,8 x 100.000 hab) en el país y la primera causa de mortalidad prematura (102,8 x 100.000 hab). Las tasas más altas de mortalidad prematura por esta causa se registraron en departamentos que tuvieron un mayor ingreso per cápita por UPC para el mismo periodo (Figura 26).

Los tipos de cáncer con mayor mortalidad fueron: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de estómago, cáncer de pulmón y cáncer de colon y recto.

Figura 28. *Tasa de Mortalidad Prematura por 100.000 habitantes por Cáncer. Colombia 2022*



Fuente: *Cubo estadísticas vitales SISPRO/ Población DANE. Consultado Noviembre 2023. Datos preliminares 2022.*

Finalmente se estima que en el país durante el año 2019 se perdieron por esta causa un total de 767,6 años de vida ajustados por discapacidad por cada 100.000 habitantes.

8.3. Estado de la garantía del derecho de la población a la detección y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles – ECNT

En los últimos 18 años han fallecido en el país 841.736 personas por enfermedades crónicas no transmisibles ECNT, es decir que cada año mueren en promedio 46.763 personas por esta causa. El 26% de esta mortalidad ocurrió en los últimos 4 años, donde el país alcanzó una tasa de 243,84 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2021.

Figura 29. *Tasa de Mortalidad Prematura por enfermedades crónicas no transmisibles.*

Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares. ** tasa por 100.000 habitantes de 30 a 70 años.*

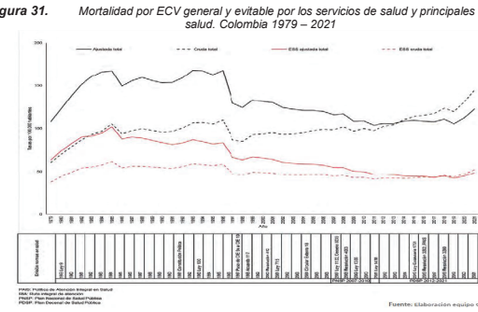
Del total de ECNT, las enfermedades cardiovasculares – ECV representaron la primera causa de mortalidad general (175,5 muertes x 100.000 hab) y la segunda causa de mortalidad prematura (100,58 x 100.000 hab) en el país.

Según el Informe 15 del Observatorio Nacional de Salud (17), "la ECV es la principal causa de muerte en Colombia y anualmente representa cerca del 31% de todas las muertes". Se manifiestan como enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad cardíaca reumática, enfermedad arterial periférica y otros problemas vasculares y cardíacos, con efectos negativos a nivel familiar, pérdida de productividad y mayor demanda de servicios asistenciales de alta complejidad con efectos en los costos para el sistema de salud.

Son factores de riesgo para la presencia de ECV condiciones como la hipertensión, dislipidemia, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cardiopatía coronaria, tabaquismo, actividad física insuficiente y el consumo nocivo de alcohol que pueden contrarrestarse al mejorar "*los estilos de vida, el tratamiento de los factores de riesgo y abordando los determinantes sociales de la salud*", es decir que pueden evitarse, prevenirse o tratarse con atención oportuna y de buena calidad dados los conocimientos médicos, las tecnologías disponibles y la adherencia a los tratamientos.

En la figura 29 se observa una reducción de la mortalidad por ECV desde el año 1996 cuando ya estaba expedida la ley 100, pero a partir del año 2008 y hasta el año 2018 esa tendencia se detiene y a partir del 2019 se evidencia un aumento, coincidente con la pandemia cuyos efectos se verán a los 5 años de ocurrida, que nos retrocedió a tasas de mortalidad por ECV similares a las de 1993 o menos.

Figura 31. *Mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud y principales normas en salud. Colombia 1979 – 2021*



Fuente: *Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.168). Bogotá, D.C.,2023.*

Aunque la Enfermedad Renal Crónica contribuye a la mortalidad prematura su registro puede estar subestimado dada la alta prevalencia de comorbilidades y el alto riesgo de eventos cardiovasculares. Esta enfermedad se cataloga como de alto costo dada su prevalencia e incidencia y el riesgo elevado de complicaciones, muerte y consumo de recursos superior a la población general(88).

Al igual que en cáncer, se evidencian de acuerdo con lo reportado por la cuenta de alto costo para el año 2022 (octubre), importantes restricciones para el acceso de la población a intervenciones relacionadas con la gestión del riesgo individual que permitan mitigar la evolución y/o complicación de patologías como la diabetes e hipertensión, las cuales se constituyen en factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular aumentando de 2 a 8 veces la morbilidad y más del doble de mortalidad por esta causa y en precursoras para enfermedad renal crónica (Tabla 23). Es importante tener en cuenta que más del 99% de las personas con estas enfermedades se encontraba afiliadas a una EPS.

*Tabla 25. Indicadores de gestión del riesgo individual personas con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial, Colombia 2022**

Condición	Indicador	Resultado
Diabetes	Medición HbA1c	54,9%
	Control HbA1c	56,2%
	Control IMC	24,4%
	Control LDL	53,3%
	Medición creatinina en el último año	70,9%
Hipertensión arterial	Control HTA	70,5%
	Medición LDL	53,2%
	Control LDL	51,6%
	Control IMC	25,3%
	Medición creatinina último año	54,2%

Fuente: *Cuenta de Alto Costo. 2022.*
**Información con corte a octubre.*

8.4. Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas gestantes

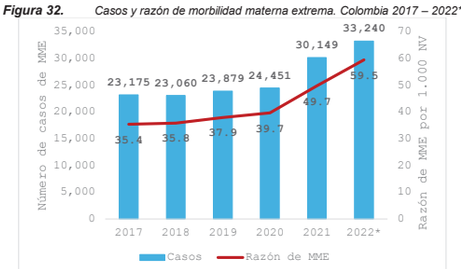
Para el año 2022 se registraron en el país según datos preliminares del DANE un total de 569.311 nacimientos, sin embargo, y a pesar de la meta trazadora fijada para Colombia en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 relacionada con que en el 93% de los nacimientos, las madres asistieran a 4 o más controles prenatales durante su gestación, respecto al total de nacidos vivos, este porcentaje fue del **84%**.

Aunque la Organización Mundial de la Salud establece que "*un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud*", en el año 2022, 22.772 personas gestantes no accedieron a ningún control prenatal y 66.609 tuvieron menos de 4 consultas prenatales(89) a pesar de que las intervenciones que hacen parte de la atención para el cuidado prenatal se encuentran financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y están reguladas como de obligatorio cumplimiento.

A partir de esta información se estima que se dejaron de invertir un total de $80.425.119.162 millones de pesos por la no realización o realización inadecuada del control prenatal a 89.381 personas gestantes, lo que puede estar relacionado con las cifras registradas para morbilidad materna extrema y mortalidad materna en el entendido de que el acceso efectivo a esta atención en salud contribuye en el mejoramiento de la salud materna, la promoción del desarrollo fetal, la identificación e intervención temprana de los riesgos relacionados con la gestación y la generación de condiciones óptimas que permitan un parto seguro(90).

La morbilidad materna extrema entendida como "un evento de interés en salud pública que tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal"(91); registró para el país durante el periodo 2017 – 2022 un aumento del 44% (n=10.364 casos), pasando de 23.175 casos y una razón de 35,4 por cada 1.000 nacidos vivos en el 2017 a un acumulado de 33.539 casos con una razón de 59,5 por 1.000 nacidos vivos en el año 2022.

Figura 32. *Casos y razón de morbilidad materna extrema. Colombia 2017 – 2022**



Fuente: *base depurada SIVIGILA con corte a SE 52 de 2022. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024, y EEVV – Nacimientos 2017-2022*.*

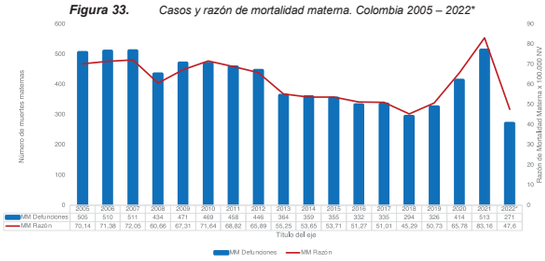
** Datos preliminares sujetos a cambios. Nota: La razón de morbilidad materna extrema está calculada por 1.000 nacidos vivos.*

Para el año 2022 según la causa principal agrupada el 72,6% (n=24.134) de los casos tuvo como diagnóstico trastornos hipertensivos del embarazo, seguido de las complicaciones hemorrágicas con el 14,3% (4.746) y la sepsis de origen obstétrico con el 5,0% (1.677) de los casos. La atención de esta condición y sus complicaciones requiere manejo hospitalario y se puede requerir dentro de la instauración de este el ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI), transfusión sanguínea o cirugías adicionales diferentes al parto o la cesárea(92).

La mortalidad materna es un problema de salud pública inaceptablemente alto en países de ingresos bajos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

Colombia históricamente ha registrado razones de mortalidad materna (RMM) superiores a 50 muertes por 100.000 nacidos vivos e incluso en el último quinquenio registró una tendencia hacia el aumento alcanzando en el 2021 una RMM de 83,1 muertes por 100.000 nacidos vivos. A partir del año 2022 se observa una disminución tanto en muertes como en RMM, pasando de 335 muertes maternas en el año 2017, llegando a 513 muertes maternas para el 2021 y descendiendo a 271 muertes en el 2022* para una razón de mortalidad materna de 47,6 por cada 100.000 nacidos vivos. Del total de mujeres que murieron por esta causa en el año 2022 el 90% (n=244) se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Figura 33. *Casos y razón de mortalidad materna. Colombia 2005 – 2022**

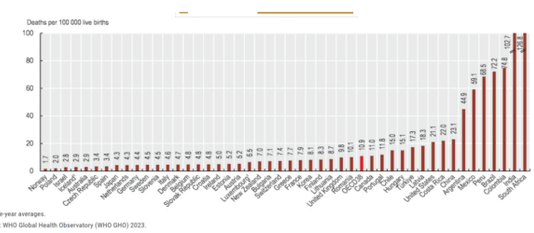


Fuente: Estadísticas vitales – DANE Para la serie 2005-2022

Los datos de 2022* provienen de Estadísticas Vitales son preliminares

Colombia se ubica dentro de los *estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE* con las razones más altas de mortalidad materna, siendo solamente superado por India y Sur África (Figura 32).

Figura 34. *Razón de mortalidad materna, países de la OCDE 2020*



Fuente OCDE: //efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf

8.5. Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de niños y niñas

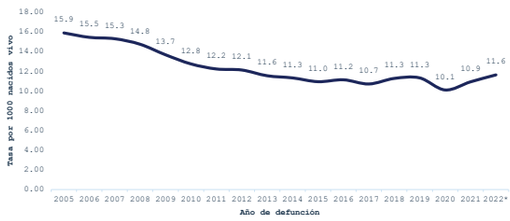
Por mandato constitucional la infancia debe tener especial protección por el Estado colombiano y el sistema de salud, en especial, está obligado a brindar las garantías de acceso, integralidad y continuidad de la atención en los servicios de salud, así como la activación de la respuesta de otros sectores para su protección integral.

En este sentido, la **Unidad de Pago por Capitación** – UPC para niños y niñas menores de un año es muy superior a las de los demás grupos etarios ($3.473.553 para el régimen subsidiado y $4.327.347 para el régimen contributivo en 2024(93)) a fin de que se lleven a cabo las acciones necesarias para la promoción de la salud y la prevención de riesgos y complicaciones, lo que se debe reflejar necesariamente en la reducción de la mortalidad infantil y en menores de cinco años y especialmente de aquellas relacionadas con desnutrición, infecciones respiratorias y enfermedad diarreica aguda.

Aun así, **6.632** niños y niñas murieron en Colombia antes de cumplir un año de edad durante el año 2022, alcanzando una **tasa de mortalidad infantil** de 11,6 niños por cada 1.000 nacidos vivos.

Aunque en los últimos dieciocho años se ha observado una reducción de 4,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos en este indicador, en promedio siguen falleciendo 8.295 niños y niñas cada año antes de cumplir su primer año de vida. Incluso en los últimos diez años (haciendo excepción de los años de pandemia 2020 y 2021) se observa un estancamiento de este indicador (Figura 33), a pesar de los recursos asignados dentro del sistema de salud para proteger a este grupo poblacional.

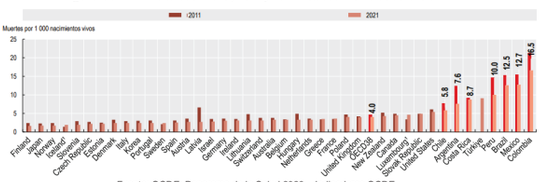
Figura 35. *Tasa bruta de mortalidad en menores de un año de edad (infantil), Colombia 2005 – 2022**



***Fuente**: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares*

Al comparar este indicador con el de los estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE, la tasa de mortalidad infantil de Colombia registra la cifra más alta de todos los estados miembros 16,5 por 1.000 nacidos vivos para el año 2021, es decir 4 veces superior a la tasa promedio de los 38 países observados, cifra menor a la reportada una década antes, momento en el cual también ocupo el deshonroso primer lugar (Figura 34).

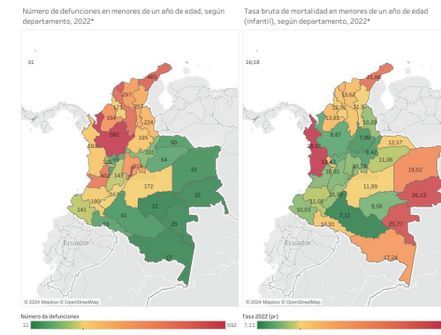
Figura 36. *Mortalidad infantil, 2011 y 2021 Estados miembros de la OCDE*



Fuente: OCDE. Panorama de la Salud 2023 – Indicadores OCDE

Existen claras **diferencias regionales** en el comportamiento de esta mortalidad. En términos relativos los departamentos donde se concentró la tasa de mortalidad infantil fueron Chocó (28,1), Guainía (26,1) y Vaupés (25,7), con valores que ascendieron a más del doble de la tasa nacional (11,6), mientras que Caquetá (7,1), Santander (7,9) y Boyacá (8,4) presentaron tasas de mortalidad infantil más bajas (63,8%, 45,8% y 38,3% respectivamente); sin embargo el escenario es diferente cuando se revisa el **número de casos** de muerte infantil evidenciándose una mayor concentración en Antioquia (592 muertes) y Bogotá (589 muertes), los cuales son territorios que se caracterizan por tener una mayor oferta de servicios.

Figura 37. *Casos y tasa bruta de mortalidad en menores de un año de edad (infantil), según departamento, 2022**

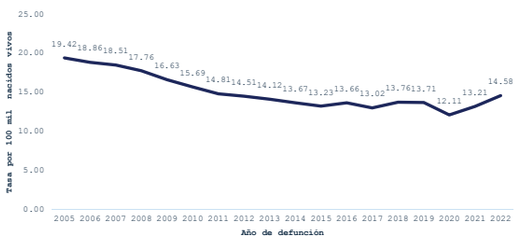


Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares ** tasa por 1.000 nacidos vivos.

Con relación a mortalidad en menores de cinco años, durante el año 2022, **8.228 niños y niñas murieron en Colombia antes de cumplir cinco años de edad**, alcanzando una tasa de mortalidad de 14,5 por cada 100.000 nacidos vivos*. En promedio fallecen 10.071 niños y niñas cada año antes de cumplir los cinco primeros años de vida.

Similar a la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en la infancia en los últimos diez años (haciendo excepción de los años de pandemia 2020 y 2021) muestra un estancamiento del indicador (Figura 36), a pesar de los recursos asignados dentro del sistema de salud para proteger a este grupo poblacional ($ 1,027.342 en el régimen subsidiado y $ 1,716.184 en el régimen contributivo para el año 2022) las coberturas de intervenciones como la valoración integral del desarrollo no son las esperadas.

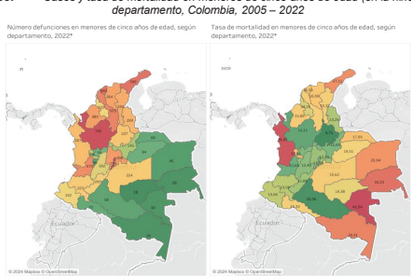
Figura 38. *Tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad (en la niñez), Colombia 2005 – 2022**



***Fuente**: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares*

Regionalmente el escenario es similar al expuesto en la mortalidad infantil cuando se revisa el **número de casos**, Antioquia (742) y Bogotá (774), acumulan el 18,2% (1.516) de toda la mortalidad en este grupo etario y para la tasa de mortalidad Vaupés y Chocó se ubican en los primeros lugares.

Figura 39. *Casos y tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad (en la niñez), según departamento, Colombia, 2005 – 2022*



***Fuente**: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares ** tasa por 100.000 nacidos vivos.*

a. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda - EDA

Haciendo foco sobre las enfermedades prevalentes de la infancia, se observa que la **Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años** se redujo durante los últimos dieciocho años a una velocidad de decrecimiento de 6,2% anual. No obstante, se evidencia que en los últimos 10 años no hubo mayor variación del indicador, e incluso se registra una tendencia al aumento en los últimos 4 años (Figura 38).

Figura 40. *Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2005 – 2022**

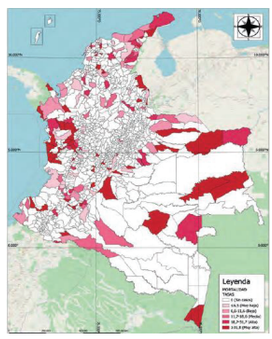
***Fuente**: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares*

Según el último informe del Observatorio Nacional de Salud(17) "El análisis multivariado de datos de panel muestra que a medida que aumenta el índice municipal de acceso real a servicios de salud (IASS real) se reduce significativamente la probabilidad de presentar casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años".

Es así como este estudio identificó que municipios con muy bajos índices de acceso a servicios de salud- IASS para el periodo 2018-2022 como Bagadó – Chocó (Posición 1.112 en el IASS), Uribia - La Guajira (Posición 1.017 en el IASS) y Pueblo Rico – Risaralda (Posición 1.101 en el IASS) registran sistemáticamente tasas altas y muy altas de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años, con más de nueve casos durante el periodo 2005 - 2021.

La mortalidad por EDA es totalmente prevenible por lo que su reducción debe ser una prioridad en políticas públicas modificando determinantes sociales y para el sistema de salud que debe adecuar la respuesta en prevención y diagnóstico oportunos, así como en seguimiento y continuidad de la atención en territorios claramente identificados.

Figura 41. *Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2020 – 2021*

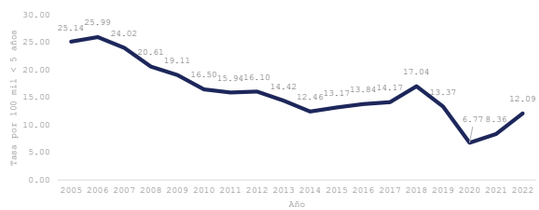


Fuente: *Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C.,2023.*

b. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda

Entre 2005 y 2022 han muerto 12.203 menores de 5 años por infección respiratoria aguda - IRA, en promedio 678 defunciones al año. Si bien es cierto se observa una reducción progresiva entre 2005 (25,24) y 2014 (12,46), los siguientes años presentaron un incremento de 7,8% anual hasta 2018 (17,4). Durante los años de pandemia (2019-2020) la mortalidad descendió a un digito con la mejor tasa de los últimos 18 años (6,77), sin embargo, los últimos dos años la tasa creció 29%, siendo 2 veces mayor el riesgo de muerte por IRA en menores de 5 años en 2022. La baja cobertura de indicadores relacionados con la promoción y el mantenimiento de la salud en la primar infancia se incluye dentro de los factores asociados a la mortalidad por IRA en menor de 5 años (94).

Figura 42. *Tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años de edad, Colombia, 2005 – 2022**



Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares*

En 2022 se registraron 742 defunciones por infecciones respiratoria aguda en menores de 5 años, donde la mayoría de niños y niños se encontraban afiliados al sistema de salud, siendo inaceptable que no se haya garantizado la gestión del riesgo por parte de las entidades a las que se les ha asignado el cuidado de esta población.

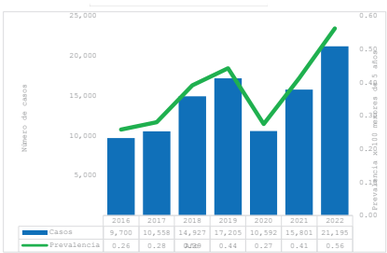
c. Desnutrición en menores de 5 años

La denutrición es el resultado de **condicionantes sociales, económicos, culturales, asistenciales y de protección integral**, que incluyen políticas y estrategias para la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Teniendo en cuenta que la respuesta desde el sistema de salud es un determinante intermedio del abordaje de esta problemática, se debe reflexionar acerca de la respuesta específica del sistema, cuando un niño o niña es detectado con algún tipo de desnutrición.

Durante el período de 2016 a 2022, la **prevalencia de desnutrición aguda moderada y severa en Colombia** mostró una tendencia general al alza. Se inició en 0,26 en 2016 y alcanzó su punto más alto en el año 2022 con una prevalencia de 0,56 x 100 menores de 5 años. Se observan aumentos en 2018, 2019, 2021 y 2022.

Es fundamental tener en cuenta que la notificación de los eventos de interés en salud pública experimentó una notable disminución durante los años 2020 y 2021 debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, se ha observado una tendencia constante de aumento en las notificaciones.

Figura 43. *Casos y prevalencia de la desnutrición aguda moderada y severa, 2018 – 2022**



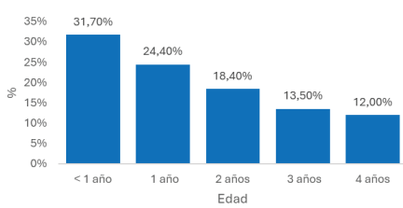
Fuente: *Para la serie 2016-2021 Bodega de datos del SISPRO – SIVIGLIA, por geografía de residencia. Para 2022 base depurada tomada del portal SIVIGILA. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024. Proyecciones poblacionales del DANE.*

Existe una débil gestión del riesgo individual de los niños y niñas menores de cinco años con este diagnóstico, por parte de las EPS, a tal punto que el 74% (n=15.663) de los casos presentaba al menos un signo clínico como edema, desnutrición, emaciación o delgadez visible, piel reseca o áspera, hipo o hiperpigmentación de la piel, lesiones del cabello y/o anemia detectada por palidez palmar o de mucosas, al momento de tener contacto con el servicio de salud para la atención.

En cuanto a la asistencia de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición a programas de crecimiento y desarrollo, que sirve para la detección de alteraciones en la infancia, se observan bajas coberturas de esta intervención con cifras que son del 31,1% en el grupo de menores de 1 año, 26% en población de 1 año, 18% en niños y niñas de 2 años, 13% en niños y niñas de 3 años y 15% en el grupo de 4 años.

Similar situación se identifica en el cumplimiento del esquema de vacunación de niños y niñas con el mismo diagnóstico. Tan solo el 31,7% de niños y niñas registran esquema completo, y se reduce esta actividad de protección a mayor edad, en 1 año (24,4%), 2 años (18,4%), 3 años (13,5%) y 4 años (12,0%).

Figura 44. *Cumplimiento de esquemas de vacunación en niños y niñas con Desnutrición aguda, moderada y severa*



Fuente: *Bodega de datos del SISPRO – SIVIGLIA. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024.*

Se evidencia entonces un débil seguimiento a la atención de niños y niñas que teniendo derecho a tener contacto con el personal de salud por lo menos una vez al año, y que adicionalmente son diagnosticados con algún tipo de desnutrición, no tengan el debido seguimiento con gestión del riesgo por parte de las entidades aseguradoras, quienes reciben la respectiva Unidad de Pago por Capitación.

Con respecto a mortalidad en el periodo 2005-2022 se han registrado en el país 6.676 defunciones en menores de 5 años asociadas a DNT. En promedio mueren anualmente 371 menores de 5 años por este evento. En los últimos 10 años se observa una tendencia al aumento de la mortalidad por desnutrición en este grupo etario, y alarma aún más el hecho que entre 2020 y 2022 ha crecido 9,2%.

Figura 45. *Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años de edad, Colombia 2005 – 2022**

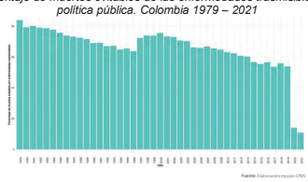
Fuente: *Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.*
**los datos de 2022 son preliminares.*

8.6. Respuesta a muertes evitables por enfermedades infecciosas

Según el Observatorio Nacional de Salud (17) "De acuerdo con la serie analizada de 43 años, la mortalidad por enfermedades transmisibles ha disminuido en Colombia y se identifica que acciones adicionales de políticas pública evitarían cerca de la mitad de esas muertes (51%), mientras que el sistema de salud puede impedir un 9%".

Esto quiere decir que se requiere un sistema de salud en donde se haga efectiva la Atención Primaria en Salud y se fortalezcan las capacidades de gobernanza y gobernabilidad en salud pública con acciones de base territorial que respondan de manera efectiva a las necesidades de las poblaciones y los territorios.

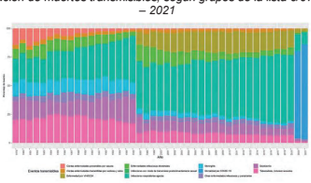
Figura 46. *Porcentaje de muertes evitables de las enfermedades trasmisibles atribuidas a cualquier política pública. Colombia 1979 – 2021*



***Fuente**: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C.,2023.*

El sistema de salud tiene una deuda histórica al no evitar la mortalidad por enfermedades infecciosas, haciéndose necesario adecuar la respuesta asistencial a condiciones poblacionales, culturales, de acceso y calidad en la atención para tener efectos en la presencia de enfermedades como tuberculosis, infecciones intestinales, VIH, enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, entre otras.

Figura 47. *Distribución de muertes transmisibles, según grupos de la lista 6/67 de OPS. Colombia 1979 – 2021*



***Fuente:** Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pag.63). Bogotá, D.C.,2023.*

9. Hacia un sistema de salud centrado en las personas y basado en la Atención Primaria en Salud

La atención primaria en salud es ampliamente conocida como una estrategia clave de todos los sistemas de salud de alto rendimiento, una base esencial de la cobertura sanitaria universal y un paso necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (95–101). Ha demostrado ser una camino certero para lograr una buena salud a bajo costo, proporcionando intervenciones esenciales y rentables, incluida la promoción de la salud, atención de salud materna, neonatal e infantil; así como vacunas y tratamiento de enfermedades frecuentes a lo largo de la vida; además de su rol en el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. Igualmente, a medida que aumenta la carga mundial de enfermedades no transmisibles, el nivel primario de atención se consolida como el escenario tanto para la prevención, como la coordinación del tratamiento de estas enfermedades, igualmente(102). En definitiva, tal y como lo afirma la OCDE (2020) los sistemas de salud basados en atención primaria son más eficientes, efectivos y equitativos (103).

Se ha observado que los países que invierten más en el nivel primario de atención tienen mejores resultados de salud a un costo menor en comparación con aquellos que priorizan la atención hospitalaria. Adicionalmente se ha demostrado sus beneficios económicos y sociales, como por ejemplo: *"la mejora de la atención materno infantil genera beneficios económicos y de salud 11,3 veces más que los costos, en los países de ingresos mediano – altos y de 7,2 veces en los de ingreso bajo"* (98,104). Igualmente, orientar los sistemas de salud hacia la atención primaria produce ganancias en la eficiencia y efectividad del sistema (105).

Existe amplia evidencia en que más del 85% de los problemas de salud pueden ser resueltos en el ámbito del nivel primario de atención y entre el 10% y el 12% requieren consulta y atención compartida con servicios de atención especializada; mientras que solo entre el 3% y el 5% necesitan primordialmente atención especializada (106,107). Igualmente, se ha demostrado que brindar servicios de salud en el nivel o lugar más apropiado, como el nivel primario de atención o el hogar de las personas, disminuye la necesidad de ingresos hospitalarios innecesarios, previene reingresos evitables y limita el uso inadecuado de los servicios de urgencias (104,108,109).

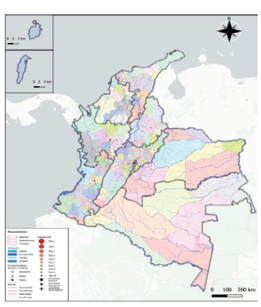
No obstante, cambiar las prioridades de un sistema de salud hacia el fortalecimiento de la atención primaria en salud implica decisiones políticas y crea numerosos desafíos. Así pues, reorientar el sistema hacia la APS requiere un liderazgo político inteligente y un compromiso ético, político y técnico inquebrantable a largo plazo, así como estrategias proactivas y adaptables para involucrar a todas las partes interesadas en todos los niveles.

La transformación del sistema de salud propuesta parte de la ordenación del territorio del país basado en la identificación de la manera como las personas interactúan en los territorios y cómo fluyen dentro de ellos, de tal suerte que este "flujo natural de la gente", oriente los flujos de disposición actual y de desarrollo futuro, de las capacidades instaladas de oferta de servicios de salud, la cual debe estar dispuesta según las necesidades de atención y según un racional de disposición de la totalidad de los servicios, desde los más básicos hasta los más complejos.

Para hacerlo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido desarrollando una metodología que permita identificar de manera práctica y a su vez rigurosa dichos flujos de población entre municipios y distritos, integrando Entidades Territoriales en subregiones, sobre las que sea posible modelar el ordenamiento de los servicios, de tal manera que reflejen la manera como los ciudadanos en su vida cotidiana se movilizan en el territorio y utilizan las capacidades creadas en cada uno de los entes territoriales para satisfacer necesidades de todo tipo y en este caso de salud. De conformidad con el ordenamiento territorial actual, estas subregiones se articulan a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud que se conformen para los niveles Departamental y Distrital.

A la fecha se tienen identificadas 112 subregiones funcionales, dentro de un ámbito mayor de 10 regiones funcionales y sobre las cuales, se deben expedir los lineamientos de política pública que deben conducir a ordenar tanto los servicios de salud y sus instituciones prestadoras, así como al sistema de aseguramiento social del país, quienes deberán proveer servicios a la población dentro de las reglas de juego definidas para cada segmento subregional y regional del país en consideración a sus necesidades y expectativas de atención.

Vale la pena resaltar, que en particular, los conjuntos espaciales que se han definido a nivel subregional se han modelado sobre una consideración principal: y es que el acceso a los servicios, en especial, los servicios primarios, se deban proveer en un radio de movilidad de 120 minutos en promedio.



Región	Subregiones
Bogotá	4
Norte 1	12
Norte 2	14
Central	33
Noroccidental	14
Nororiental	10
Occidental	19
Oriental	9
Seaflower	1
Sur	7
Total país	**119**

El Ministerio de Salud y Protección Social espera impactos significativos en la operación de la prestación de servicios de salud con la regionalización, en especial, en:

1. Regionalización y descentralización. El modelo promueve la regionalización y descentralización de la gestión de servicios de salud, lo que permite una mejor adaptación a las necesidades locales. Esto significa que las decisiones sobre la asignación de recursos y la gestión de servicios pueden ser tomadas más cerca de las comunidades, mejorando la capacidad de respuesta y la relevancia de las intervenciones de salud.

2. Acceso equitativo a servicios de salud. La territorialización busca reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud mediante la distribución equitativa de recursos. Al identificar las áreas con mayores necesidades, se pueden dirigir más recursos a estas zonas, garantizando que todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica, tengan acceso a servicios de salud de calidad.

3. Fortalecimiento de la atención primaria. El modelo enfatiza el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS). La APS es crucial para la prevención y el tratamiento temprano de enfermedades y el cuidado de la vida. La territorialización permite una planificación más precisa y focalizada de los servicios de APS, mejorando la cobertura y la calidad de la atención preventiva y primaria.

4. Coordinación y continuidad del cuidado. La territorialización facilita la coordinación entre diferentes niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y entre diferentes actores del sistema de salud. Esto mejora la continuidad del cuidado, asegurando que los pacientes reciban atención integral y sin interrupciones a lo largo de su trayectoria en el sistema de salud.

5. Gestión de recursos humanos en salud. La territorialización también impacta la gestión de recursos humanos en salud. Al identificar las necesidades específicas de cada región, se puede planificar mejor la formación, distribución y retención de personal de salud. Esto es esencial para asegurar que todas las regiones, especialmente las más remotas o desfavorecidas, cuenten con el personal adecuado.

6. Monitoreo y evaluación localizada. El modelo permite un monitoreo y evaluación más detallados y localizados de los indicadores de salud y del desempeño de los servicios de salud. Esto facilita la identificación de problemas específicos y la implementación de soluciones adaptadas a cada contexto regional.

7. Participación comunitaria. La territorialización fomenta la participación activa de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud. Esto no solo mejora la aceptación y apropiación de las intervenciones de salud por parte de la comunidad, sino que también garantiza que las estrategias de salud estén alineadas con las necesidades y expectativas locales.

Como bien se indicó en el apartado 9, la inequidad en el acceso a la atención constituye uno de los problemas centrales del sistema general de seguridad social en salud. En esta dirección la Corte Constitucional, en Sentencia T-760 (110) se refiere de manera particular a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud fue negado por diferentes actores del sistema de Salud Colombiano, y abordó como problema jurídico cuestiones constitucionales alrededor de la regulación del sistema de protección del derecho a la salud y que afectan la posibilidad del goce efectivo de personas en situaciones concretas y específicas. Con lo anterior, la Corte revisa el fundamento y línea jurisprudencial del derecho a la salud, y delimitó el concepto de forma negativa, indicando como no debe

ser entendido y señalo su postura respecto de qué es un derecho fundamental. Con esta línea jurisprudencial la corte subraya que la salud es un derecho humano fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos.

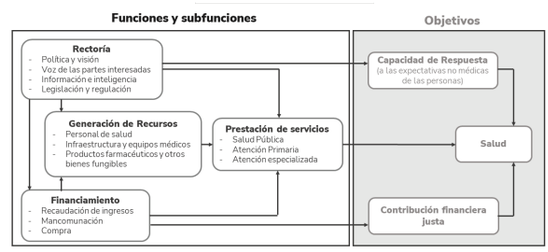
Por su parte, la Corte en Sentencia C-313 de 2014 (111) retoma parte de los fundamentos de la línea jurisprudencia definida, y en particular señala que el acceso a los servicios de salud debe entenderse como un derecho al disfrute de una gama de facilidades bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud, reiterando las implicaciones de los elementos esenciales del derecho. En la misma medida, la Corte entiendo que las características del derecho fundamental a la salud incluyen: i. es un derecho autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo; ii. manifiesta que comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; iii. radica en cabeza del Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Referente a la organización de sistema a través de redes de servicios de salud, para la Corte (Sentencia C 313-2014) existe una armonía entre esta figura y el ordenamiento constitucional, al indicar que lo que pretende el legislador es evitar la fragmentación del servicio, reduciendo obstáculos y optimizando su calidad, con lo cual se promueve la garantía efectiva de "acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación en salud", que va concatenada al artículo 49 Superior.

Por su parte, la organización Panamericana de Salud – OPS considera que las Redes Integradas de Servicios de Salud son una de las principales expresiones operativas de la Atención Primaria en Salud a nivel de los servicios de salud y que contribuyen a hacer realidad los elementos esenciales de cobertura y acceso universal como son: el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión, la orientación familiar y comunitaria: y la acción intersectorial (112).

Ahora bien, ya teniendo claro la importancia de orientar el sistema de salud hacia la atención primaria en salud y repasando las consideraciones que la dado la Corte Constitucional al respecto, se describen las transformaciones propuestas en el proyecto de ley, las cuales se abordan desde las funciones de los sistemas de salud, definidas por la OMS/OPS los sistemas de salud, a saber: a) rectoría, b) generación de recursos, c) prestación de servicios, y d) financiación; las cuales se orientan hacia tres objetivos: a) salud, b) capacidad de respuesta a las expectativas no médicas de las personas, y c) contribución financiera justa (3).

Figura 48. *Funciones, subfunciones y objetivos de los sistemas de salud*



Fuente: *Elaboración propia a partir de OPS 2023*

En ese sentido se considera que para lograr la orientación del sistema hacia el cuidado de la vida, centrado en las personas y basado en la atención primaria en salud, se requieren acciones en las cuatro funciones.

9.1. Rectoría y gobernanza

En cuanto al fortalecimiento de la función de rectoría y gobernanza del sistema de salud, el proyecto de ley propone las siguientes tres estrategias:

1. **El fortalecimiento técnico y humano de las direcciones territoriales de salud**: i) creación de una instancia funcional para la planeación y evaluación del sistema de salud; ii) fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública; iii) formalización de los trabajadores de las direcciones territoriales de salud (artículo 38)

2. **Creación del Consejo Nacional de Salud**. Como una instancia de dirección y gobernanza participativa del sistema de salud, con participación del gobierno nacional y territorial, los pacientes, la academia, los trabajadores de la salud y otros (artículo 6)

3. **Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud** que integre la información individual y poblacional de salud: historia clínica interoperable, caracterización poblacional, etc.; así como la información administrativa: población cotizante, adscripción a centros de atención primaria en salud, sistema de información hospitalaria, facturación y pago de servicios de salud, registro de prestadores, información del talento humano en salud, etc. Para de esta manera orientar la política pública en salud, entre otras acciones (artículo 7).

9.2. Generación de recursos

Las cuatro estrategias de generación de recursos para el sistema de salud propuesto son las siguientes:

1. **Formalización de los trabajadores de la salud.** Los trabajadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas deberán están vinculados mediante contrato laboral conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo), y anualmente se deberá presentar informe al Congreso de la República sobre el cumplimiento de esta medida (artículo 39 del proyecto de ley). Este aspecto será materia de la Inspección, Vigilancia y Control, realizado por la Superintendencia Nacional de Salud (artículos 43 y 44 del proyecto de ley). Igualmente, para algunas especialidades médico-quirúrgicas, se permitirá la vinculación de estos especialistas por otras modalidades permitidas en el Código Sustantivo del Trabajo, diferentes a la vinculación laboral formal (artículo 40 del proyecto de ley).
   El costo de la formalización del talento humano se encuentra incluido en el pago de los servicios de salud, por lo tanto no son costos adicionales.

2. **Régimen laboral especial de los trabajadores de las Instituciones de Salud del Estado.** Los trabajadores de las Instituciones de Salud del Estado – ISE serán de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales (artículo 45). Se construirá, de forma concertada con las organizaciones sindicales del sector salud, un régimen laboral especial que y contendrá las condiciones de ascenso o movilidad en el régimen de carrera administrativa, primas especiales, entre otros (artículo 46).

3. **Sistema de estímulos salariales y no salariales.** Como una estrategia de retención de personal de salud en zonas apartadas y dispersas (artículo 45 y 46 del proyecto de ley)

4. **Becas de pre y posgrado en salud.** En el caso del pregrado la beca será ofrecida para las profesiones con mayor déficit y para el caso de posgrado a especialidades médico quirúrgica y salud pública. Como una estrategia de cierre de brechas, los criterios de asignación se privilegiarán a las personas 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, así mismo, a víctimas del conflicto armado (artículo 43).

5. **Examen único nacional habilitante para el ingreso a especialidades médicas**. Examen único nacional, como primer requisito de acceso a especialidades médico – quirúrgicas (artículo 43).

6. **Aumento de cupos de docencia – servicio**. Para pre y posgrado, con énfasis en la Red Pública Hospitalaria (artículo 43).

7. **Fondo de Infraestructura y dotación hospitalaria**. Cuyo objetivo será 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 (artículo 42).

9.3. Prestación de servicios de salud

Para la Organización Panamericana de la Salud – OPS las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS son la principal expresión operativa de la Atención Primaria en Salud a nivel de servicios de salud, puesto que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto, la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros (112,113). La propuesta de transformación del sistema de salud propone la incorporación del concepto "Territorial" como el énfasis en el reconocimiento de las particulares territoriales-poblacionales para el cuidado de la vida, así como el compromiso por garantizar la atención en lugar más cercano posible; por lo tanto se conformarán **Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud – RIITSS**.

Las RIITSS son el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equitativos, integrados y oportunos de manera coordinada y eficiente, y que están dispuestas a rendir cuentas de por sus resultados en salud y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (112,113). Se propone que contengan un nivel primario de atención, denominado Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS, y un nivel complementario con instituciones de mediana y alta complejidad.

El nivel primario de atención, o Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS" serán los "*responsables por la salud de un espacio-población, es decir de la población que vive en un territorio, entendiéndose por el mismo, el espacio, físico, social, económico y cultural en que habitan, estudian, descansan, se recrean y trabajan las personas, las familias y las comunidades. Funcionarán como puerta de entrada a la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud y garantizarán el acceso equitativo a servicios esenciales a toda la población. Deberán proveer cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a largo del tiempo y durante todo el curso de vida. Serán el componente de la Red que desarrolla los vínculos más profundos con las personas, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial*"(114). Dicho vínculo permitirá la promoción de la salud, la detección temprana de enfermedades y complicaciones y la continuidad de la atención a lo largo del curso de vida.

En el nivel complementario, se contará con las instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad, para la atención de la población de su territorio. Se trata de instituciones que prestan servicios especializados para la atención de enfermedades, ya sea de forma ambulatoria o intrahospitalario. Se acude a estas enfermedades cuando los requerimientos de la atención sobrepasan la competencia de los Centros de Atención Primaria en Salud. La organización en Red Integral e Integrada de Servicios de Salud permite que se pueda recibir atención en este tipo de instituciones lo más cerca posible a la residencia y que la institución de mediana o alta complejidad y el Centro de Atención Primaria en Salud mantengan una comunicación constante para que no se vea interrumpido el proceso de atención de la persona, ya que facilita la entrega de medicamentos, la realización de exámenes, la asistencia a controles, la realización de seguimiento post hospitalarios, entre otros.

Los integrantes de las RIITSS, con la orientación del Ministerio de Salud y Protección Social y el acompañamiento de las Gestoras de Salud y Vida desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial para ofrecer a las personas cuidado continuo e integral.

Los mecanismos de coordinación asistencial son definidos como "*la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflicto. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada*"(115).

La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para muchos sistemas de salud y, especialmente, para la atención de problemas de salud crónicos en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. Puesto que su ausencia produce serios problemas de coordinación entre los niveles de atención, que llevan a ineficiencias en la gestión de recursos (duplicidad de pruebas diagnósticas, remisiones inapropiadas, uso inadecuado de urgencias, etc.), en pérdida de la continuidad del cuidado de la salud (falta de seguimiento a pacientes hospitalizados, etc.) y la disminución en la calidad de la atención prestada (listas de espera prolongada)(115).

Los tres elementos necesarios para que haya coordinación asistencial son(116):

1. La conexión de los servicios de salud a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información.
2. La definición de un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a las personas, familias y comunidades.
3. La sincronización entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuados, incluyendo las formas de cuidado de las comunidades, los servicios sociales e intervenciones ambientales.

Las relaciones necesarias para lograr la coordinación asistencial se logran mediante acuerdos (convenios de desempeños) entre los actores, en los que se especifique el rol de cada uno, las tareas específicas, y el resultado al que se desea llegar. Es importante, que el acuerdo permita la integración funcional, el trabajo en equipo, la cooperación, la complementariedad y la gestión compartida[8] y que sean basado en la retroalimentación (117).

Algunos ejemplos de instrumentos de coordinación asistencial son (118,119)

Tabla 26.Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial

Mecanismo teórico de coordinación	Instrumento utilizado
Normalización de procesos de trabajo	Guía de práctica clínica compartidas
	Mapas de atención o trayectorias clínicas
Normalización de las habilitades del trabajador	Sistema experto
	Formación continuada
Normalización de resultados del trabajo	Estandarización de resultados
	Teléfono, correo electrónico, reuniones informales, etc.
	Profesional de enlace internivel
	Grupos multidisciplinarios
	Grupos interdisciplinarios
	Grupos transdisciplinarios
	Comités de gestión interniveles
Adaptación mutua	Director asistencial, director de ámbito transversal
	Sistemas de información integrados
Transiciones de cuidado en red	Acuerdos interinstitucionales cuando se cambia de actor a cargo de la atención, desde el sector y otros sectores o entidades con servicios sociales, o a nivel comunitario, incluidos hogares de paso, residencias de cuidado, o la propia residencia de la persona sujeto de cuidado.
	Articulación de sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico en el cambio del actor de cuidado.

***Fuente**: Elaborado con base en* (118,119)

Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud

Con base en el análisis funcional de Redes (120) las entidades territoriales de salud en conjunto con las Gestoras de salud y vida presentes en el territorio organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (artículo 33).

El análisis funcional de la red constituye un elemento básico para adecuar la entrega de servicios a las necesidades de salud de las comunidades, por lo tanto, es un referente fundamental para conducir las mejoras del funcionamiento del sistema, con las que se pretende asegurar un mayor acceso, calidad y eficacia en su acción (121).

El Gobierno Nacional ha enriquecido dichos análisis desde un enfoque prospectivo y de equidad, posibilitando la inclusión de variables en análisis de inequidades poblacionales territoriales.

La prospectiva con enfoque de equidad en salud es una metodología que busca anticipar y comprender los futuros posibles de los sistemas de salud desde una perspectiva que reconoce e incorpora las desigualdades existentes en el acceso y la calidad de la atención en salud. Tiene como objetivo la construcción de sistemas de salud justos e inclusivos, donde todas las personas tengan las mismas oportunidades de acceder a servicios de salud de calidad, independientemente de su origen socioeconómico, género, raza, etnia, ubicación geográfica, u otra condición.

Este tipo de enfoque se basa en un proceso participativo y multisectorial que involucra a diversos actores del sistema de salud, incluyendo a las personas, familias y comunidades, profesionales de la salud, gestores de políticas públicas, academia, organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. A través de diversas técnicas y herramientas, la prospectiva con enfoque de equidad en salud permite:

a. Identificar las inequidades existentes en el sistema de salud, tanto en términos de acceso como de calidad de la atención.
b. Analizar las tendencias que podrían afectar a estas inequidades en el futuro.
c. Explorar diferentes escenarios futuros posibles para el sistema de salud, considerando las perspectivas de los diferentes actores.
d. Diseñar estrategias y acciones para construir sistemas de salud más equitativos.

En general su principal objetivo radica en la construcción de sistemas de salud más justos y efectivos que:

a. Permitan identificar las necesidades y prioridades de los diferentes grupos poblacionales.
b. Promuevan la participación social en la toma de decisiones.
c. Ayuden a identificar y prevenir futuros problemas.
d. Contribuyan a la construcción de sistemas de salud más sostenibles y resilientes.
e. Fortalezcan la legitimidad y la confianza en el sistema de salud.

El análisis funcional de red tiene las siguientes cuatro fases:

1. **Estudio de las necesidades.** Mediante estudio demográfico y epidemiológico, se debe caracterizar a la población del área de influencia de la red, y proyectar su crecimiento a mediano y largo plazo; igualmente se debe establecer el perfil de patologías que atiende la red de servicios, y en base a los análisis de tendencia y de otra información disponible, se proyecta en el tiempo. Ambos contenidos son esenciales para establecer la demanda de servicios.

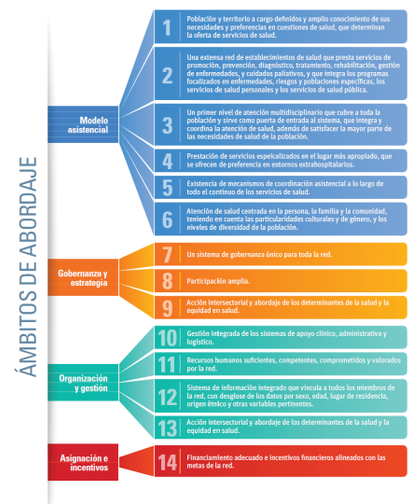
2. **Estudio de oferta**. Consiste en la estimación del nivel de producción de servicios de cada prestador. La información obtenida sirve para identificar los recursos con que cuenta la red y los principales problemas que obstaculizan su producción de servicios. Una vez desarrollados los estudios básicos antes descritos, se continúa con la evaluación de la red y el análisis de la oferta y la demanda. También es necesario abordar la eficacia del conjunto de acciones que proveen; para ello se han definido cuatro aspectos básicos: cobertura, efectividad, eficiencia y calidad.

3. **Definición de brecha**. De la diferencia entre la relación de prestaciones por habitante determinada en la demanda, con la obtenida en el estudio de oferta, se identifica la brecha de prestaciones. La brecha puede ser establecida para el momento cero, es decir el año del estudio y para un proyección en el tiempo que puede ser a mediano y largo plazo.

4. **Plan de acción y mejora.** Propuestas de solución a las brechas identificadas. Normalmente las propuestas consisten en intervenciones tendientes a la mejoría de la productividad de los recursos físicos humanos y tecnológicos, o en intervenciones que aumentan la capacidad de producción de los establecimientos. En el diseño de las intervenciones también se deben considerar el marco de políticas sectoriales, el modelo de atención de salud, la sostenibilidad económica y las preferencias sociales de la población, así como el contexto demográfico y epidemiológico, que fue operacionalizado en la estimación de demanda. En la práctica, las líneas prioritarias se convierten en una cartera de proyectos que debe ser priorizada en el tiempo.

Adicionalmente, para la conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, se tendrán en consideración los ámbitos de abordaje y criterios de desempeño, establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (artículo 34).

Figura 49. *Ámbitos de abordaje y criterios de desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales en Salud*



Gestoras de Salud y Vida

Serán las entidades que surjan de la transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud – EPS y que cumplan las condiciones para la transformación:

1. Implementar un plan de saneamiento de todos los pasivos, previa aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Cumplir con las condiciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la satisfacción de los afiliados y los resultados en salud de su población.

Las Gestoras de Salud y Vida tendrán las siguientes funciones:

a. *En la gobernanza de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud*
   - Realizar el Análisis Funcional para la organización y conformación de las RIISS, con la Entidad Territorial
   - Cooperar en la planeación estratégica
   - Establecer planes de intervención

- Ejecutar acciones de monitoreo y funcionamiento
- Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con el SPUIIS
- Entregar informes periódicos

b. En la operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud
- Establecer los convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria y con las IPS de mediana y alta
- Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia
- Desarrollar las acciones para identificar, segmentar y analizar los riegos en salud para la población a cargo
- Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos
- Implementar salas situacionales
- Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial
- Gestionar la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas
- Gestionar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos
- Prestar asistencia técnica con planes de capacitación
- Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente
- Validar la facturación del componente complementario

c. Funciones administrativas
- Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población
- Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas
- Realizar rendición de cuentas de sus actividades

Convenios de desempeño al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud

Una vez se encuentra establecida la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud, cada una de las instituciones prestadoras que la componen elaborarán un convenio de desempeño que especifique:

- Servicios a prestar.
- Condiciones de calidad específicas.
- Modalidad de pago aplicable.
- Compromisos de resultados en salud.
- Mecanismos de verificación y control de metas.
- Método de auditoría.

Para toda la RIITS, los convenios serán suscritos entre el prestador (ya sea del nivel primario de atención o del nivel complementario) con la Gestora de Salud y Vida en conjunto con la Entidad Territorial del orden Municipal, Distrital o Departamental, según corresponda (artículo 32).

Instituciones de Salud del Estado

Las actuales Empresas Sociales del Estado serán transformadas en Instituciones de Salud del Estado cuyo objeto social será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.

En el nivel primario se transformarán en Centros de Atención Primaria en Salud y serán financiados por oferta, en el nivel complementario se someterán al régimen de tarifas y formas de pago, y cuando se requiera tendrán cierre financiero con cofinanciación de la Nación.

9.4. Financiamiento

Este eje se orienta a optimizar los procesos de recaudación y mancomunación de recursos, y generar mecanismos eficientes de compra. Se propone la mancomunación de todos los recursos que financian los servicios de salud en el Fondo Único Público que será administrado por la Administradora de Recursos de Sistema de Salud (artículo 9, 10, 12 y 13). Al interior del fondo se constituirán tres cuentas independientes y con los demás recursos se hará unidad de caja; se permitirá el traslado entre las cuentas, cuando sea necesario y bajo unas condiciones específicas.

Tabla 27.Distribución de los recursos del sistema de salud

Cuenta de Atención Primaria en Salud Artículo 15 del proyecto de ley	
Usos	**Fuente**
1. Los servicios de salud prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS 2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial 3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos 4. Los demás usos, que para la atención primaria en salud, establezca en Ministerio de Salud y Protección Social	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.
Cuenta de Fortalecimiento a la Red Pública Hospitalaria	
Artículo 16 del proyecto de ley	
Usos	**Fuente**
1. Funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones del Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección 2. Al fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria 3. Transporte medicalizado de los departamentos y distritos	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, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta.
Cuenta General para el manejo y destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público en Salud Artículo 17 del proyecto de ley	
Rubro	**Comentario**
1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por prestadores de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada o mixta, que harán parte las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud.	Servicios de salud que se prestan en instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad. Para la estimación de su valor se establecerá el régimen de tarifas con pisos y techos.
2. Financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.	Se pagan con cargo al rubro asignado para la mediana y alta complejidad.
3. Pago de incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes.	El proyecto de ley crea la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes por ½ SMMLV
4. El financiamiento para la formación en salud	Pago a residentes médicos (Ley 1917 de 2018)
5. Constitución de fondo para la atención de catástrofes y epidemias	El fondo de desastres planteado en el proyecto de ley de reforma a la salud prevé la orientación de recursos por valor de 50 mil millones de pesos anuales a precios constantes de 2023, más los rendimientos financieros de estos recursos, para ir creando el ahorro que permita afrontar eventos catastróficos o 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. Pago de remuneración a las Gestoras de Salud y Vida	Monto asignado a las Gestoras de Salud y Vida para la realización de sus labores, se calcula sobre el dinero asignado a la atención primaria + mediana y alta complejidad
8. Pago de incentivos para los prestadores de medicina y alta complejidad y las Gestoras de salud y vida	Calculado sobre el cumplimiento de: a) resultados en salud, b) satisfacción del ciudadano, y c) uso eficiente de recursos.
9. Demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.	

Tabla 28.

Tabla 29.Sistema de gestión de riesgo financiero

Mecanismo	**Responsable**
Presupuesto estándar para los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS Con criterios de ajuste por variables geográficas,	Ministerio de Salud y Protección Social

Mecanismo	Responsable
de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes.	
Régimen de tarifas y formas de pago. Fijados por el Ministerio de Salud en conjunto con la ADRES para modular la oferta de servicios y controlar los costos de los servicios y tecnologías reconocidos por el sistema	Ministerio de Salud y Protección Social y ADRES
Auditoría aleatoria o dirigida por parte de la ADRES	ADRES
Modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud Para detectar tendencias y desviaciones, realizar comparaciones entre regiones e instituciones.	ADRES
Fondo de desastre	ADRES
Convenios de desempeño de la red de servicios	Entidades Territoriales y Gestoras de Salud y Vida
Auditoria integral previa, concurrente y a cuentas médicas	Gestoras de Salud y Vida
Validación de la facturación del componente complementario	Gestoras de Salud y Vida

***Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social*

9.5. Nuevas fuentes de financiamiento

El proyecto de ley propone nuevas fuentes de financiamiento para el sistema de salud

a. Impuestos saludables (artículo 11)
b. Modificación temporal de recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (artículo 24)
c. Saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado (artículo 25)
d. Excedentes de aportes patronales (artículo 26)
e. Excedentes y saldos de recursos de oferta (artículo 27)

9.6. Plan de transformación y evolución del sistema de salud

Colombia no es el único país que avanza en la transformación del sistema de salud, en todo el mundo se están llevando a cabo debates sobre el futuro del financiamiento de la salud, en los continuos procesos de reforma y transformación de los sistemas de salud para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura sanitaria universal.

Varios países han adoptado un modelo tipo Sistema Nacional de Salud como una alternativa para proporcionar un acceso eficiente y equitativo a la atención de salud, entre estos países están Australia, Canadá, Estonia, Corea y Uruguay. Un análisis de estos casos de transición exitosa señala que a partir de trayectorias históricas e institucionales muy diferentes fue factible implementar plenamente un sistema nacional para alcanzar una cobertura sanitaria universal y que las transiciones pueden ocurrir en periodos relativamente breves (122).

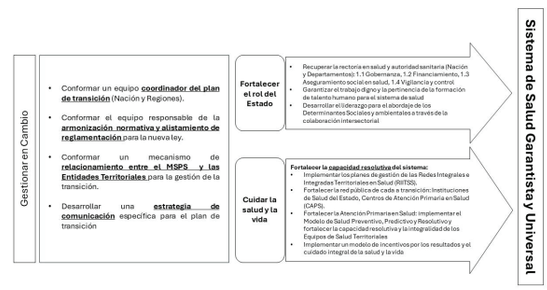
El proceso de transición y evolución del sistema incorpora como elementos y principios orientadores los contenidos en el artículo 6 de la ley estatutaria (Ley 1751 de 2015):

f. **Elementos:** Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad e idoneidad profesional

g. **Principios**: Universalidad, Equidad, Continuidad, Oportunidad, Pro homine, Prevalencia de derechos, Progresividad del derecho, Libre elección, Sostenibilidad, Solidaridad, Eficiencia, Interculturalidad, Protección a los pueblos indígenas, Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

De manera tal que el proceso de evolución sea progresivo y se garantice la atención de la población. En esta dirección, a continuación, se realiza una descripción de las tres dimensiones del plan de transición que han venido emergiendo de este proceso dinámico y concertado con las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, entidades adscritas y acompañamiento de la Organización Panamericana de Salud - OPS. Igualmente, para cada una de las dimensiones del plan, presentamos los hitos y actividades necesarias para lograr la transformación del sistema.

Figura 50. *Esquema de transición y evolución del sistema de salud*



***Fuente:** Elaboración propia. MSPS, OPS/OMS, ACSP*

1. Gestionar el Cambio

Esta dimensión del plan posibilitará el desarrollo de las funciones de facilitación de la transformación del sistema de salud e impulsará el avance de las otras dos dimensiones movilizadoras de la transición.

Deberá asegurar las estrategias para mantener un permanente diálogo con la estructura, funcionamiento y operación que el Ministerio de Salud y Protección Social y los operadores del sistema en todos los niveles (macro, meso y micro) realizan en el marco del sistema actual; de manera que permita identificar los cambios que la dimensión debe incorporar para facilitar la implementación.

Esta dimensión propone la articulación de cuatro componentes fundamentales orientados a:

1.1. Conformar equipo técnico coordinador del plan de transición que articulará el nivel nacional y regional

El equipo estará conformado por funcionarios del nivel directivo del Ministerio de Salud y Protección Social con poder de decisión en las estrategias de articulación de las acciones de la transición y las acciones rutinarias del sistema de salud actual. Para la conformación se proponen como mínimo los siguientes perfiles: una persona para la coordinación general, 4 personas de perfil técnico especializado en estas áreas: política pública, servicios de salud, financiamiento, comunicación. También se deberán conformar los equipos coordinadores del plan de transición en el nivel regional.

El equipo técnico coordinador del plan de transición deberá coordinar la gobernanza de la transición y la gestión del cambio, y trabajará en red con los equipos coordinadores del nivel regional. Esta red deberá desarrollar acciones estratégicas para promover la participación vinculante de las personas y diseñar un tablero de indicadores para seguimiento de la implementación del plan de transición, que incluya un sistema de alertas tempranas.

1.2. Conformar el equipo responsable de la armonización normativa y alistamiento de reglamentación para la nueva ley

Se deberá conformará un equipo responsable de la generar la armonización normativa y alistamiento de reglamentación para la nueva ley. Con las siguientes líneas de trabajo:

a. Armonizar la normatividad que ha sido emitida: Proceso de ajuste y homologación de las disposiciones legales en diferentes ámbitos, ya sea a nivel nacional, departamental o municipal. Con este proceso se busca reducir las diferencias y conflictos entre las normativas, con el fin de lograr una mayor coherencia y eficacia en la aplicación del nuevo marco legal que hará posible realizar los cambios que se consideran pertinentes al sistema de salud.
b. Preparar las condiciones para el alistamiento de la reglamentación de la nueva ley: este proceso implica avanzar en lo que se requiera para la construcción de los actos administrativos coherentes con el nuevo sistema de salud descrito en la Ley.
c. Armonizar la normatividad vigente e identificar la normatividad requerida para el abordaje intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud.

1.3. Conformar el mecanismo de relacionamiento entre el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales para la gestión de la transición

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá crear un mecanismo de relacionamiento con los entes territoriales departamentales y distritales orientado a acompañar y facilitar la gestión de la transición. Este mecanismo se apoyará en las capacidades de los territorios y definirá canales de comunicación con los niveles de toma de decisión para garantizar la oportunidad de las acciones.

En particular, este mecanismo promoverá el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial e identificará las estrategias de los distintos actores del sistema con potencialidad para articularse y favorecer la gestión de la transición.

Este mecanismo contará con una estrategia de monitoreo de los avances en el proceso de transición en el nivel territorial, para identificar en tiempo real los facilitadores y obstáculos

1.4. Desarrollar una estrategia de comunicación específica para el proceso de transición

La gestión del cambio requiere de un proceso de comunicación estratégica con especificidades propias para facilitar el proceso de transición, en este sentido la estrategia de comunicación deberá:

a. Ser multimedial y adaptada a las condiciones heterogéneas de las regiones del país.
b. Estar orientada a múltiples audiencias y garantizar un alto nivel de articulación y coherencia.
c. Estar enfocada en la gestión del cambio, promoción de la participación y gestión de las incertidumbres sobre el proceso de transición.

2. Fortalecer el rol del Estado

Esta dimensión del plan de transición posibilitará el fortalecimiento del papel del Estado para cumplir con las responsabilidades en el sistema de salud. Tiene un carácter integrador en tanto que se propone fortalecer las estancias tanto en el nivel nacional como departamental a la luz de la normatividad vigente.

Esta dimensión propone la articulación de tres componentes fundamentales orientados a:

2.1. Recuperar la rectoría en salud y autoridad sanitaria a nivel nacional y departamental

2.1.1. Gobernanza

Este componente articula actividades orientadas a fortalecer la estructura y la función de la autoridad sanitaria, así como a innovar en la participación ciudadana como elemento dinamizador de la gobernanza del proceso de transición.

Para el fortalecimiento de la estructura y la función de las estancias del Estado que conforman el sistema:

a. En el nivel nacional se revisarán las estructuras y funciones del Ministerio de Salud y Protección Social, así como de las entidades adscritas. Las condiciones de los estudios, o acciones deberán ser coherentes con los lineamientos de Función Pública.
b. En el nivel departamental se realizará la revisión de las estructuras y funciones, con énfasis en los roles que se deben asumir durante el proceso de transición. Se desarrollarán estrategias para fortalecer las capacidades requeridas para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública - FESP que incluyan la vinculación en condiciones dignas de talento humano. Se desarrollará una estrategia de “acompañamiento técnico” para la gestión de gobernanza en los territorios. Específicamente se priorizará la gobernanza orientada al mejoramiento de la planeación integrada de salud, la gestión financiera, el talento humano y las competencias de vigilancia y control.
c. Adicionalmente se realizarán acciones de intercambio orientadas al cierre de brechas y a fomentar la cooperación entre territorios, como, por ejemplo, la

estrategia de “Territorios de aprendizaje” que consiste en una adaptación del mecanismo de relacionamiento entre academia y gobierno autonómico en Andalucía (España).

d. Estructuración del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud que permita articular: historia clínica, RIPS, factura electrónica. Este componente se viene adelantando en el marco de una cooperación técnico-financiera con el BID y Banco Mundial.

Para innovar en la participación ciudadana como elemento dinamizador de la gobernanza del proceso de transición, se proponen los siguientes componentes:

a. Conformar un mecanismo de fortalecimiento de la participación social en salud que sea administrado por organizaciones comunitarias y que acompañe la formulación y la implementación de estrategias locales.
b. Desarrollar diálogos participativos de cara a la transición del sistema de salud con poblaciones: indígena, afrocolombiana, raizal palenquera, rom, campesina, víctima del conflicto, migrante.

2.1.2. Financiamiento

Este componente se propone fortalecer las funciones de gestión del financiamiento del sistema en el nivel nacional y territorial.

a. La acción más importante en el plan de transición es el fortalecimiento de la ADRES para elevar la confianza y la credibilidad, esto incluye la creación del “Fondo Único Público de Salud”, realizar los ajustes del régimen tarifario y métodos de pago para la transición, la actualización tecnológica y la reestructuración organizacional.
b. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará las fuentes de ingresos y estrategias posibles para la unificación de los recursos en el plan de transición y definirá las acciones para fortalecer los mecanismos de distribución de recursos financieros.
c. Para fortalecer a los entes territoriales en la gestión del financiamiento se desarrollarán de manera articulada: estrategias de acompañamiento para la generación de suscripción y concertación de acuerdos de desempeño entre gestoras, entes territoriales y prestadores, y la generación de acuerdos marco de los prestadores con la ADRES en la fase de transición.

2.1.3. Aseguramiento Social en Salud

Este componente articula las actividades requeridas para transitar de manera gradual y organizada del aseguramiento individual al aseguramiento social en salud. Para lograr esa transición se deberá:

a. Diseñar e implementar el proceso de adscripción poblacional que deberá contar con estrategias de acompañamiento acorde a las condiciones de capacidad territorial para asumir las responsabilidades del aseguramiento.
b. Desarrollar nuevas metodologías para la estimación de la UPC que incluyan innovaciones en la generación de tarifas, mecanismos para realizar exclusiones y la articulación con la vigilancia de tecnologías sanitarias vinculadas con Determinantes Sociales de la Salud.
c. Diseñar una estrategia pedagógica orientada a precisar conceptualizaciones, resolver dudas y preguntas sobre la transición en el aseguramiento, dirigidas a los entes de vigilancia y control y a la rama judicial.

2.1.4. Vigilancia y Control

Este componente articula las actividades orientadas a mejorar la efectividad y oportunidad de la respuesta del sistema a través de los mecanismos de vigilancia y control, para lo que se proponen dos acciones:

a. Fortalecer a la Superintendencia Nacional de Salud
b. Definir una estrategia de relacionamiento con los territorios de cara a la transición.

2.2. Garantizar el trabajo digno y la pertinencia de la formación del talento humano para el sistema de salud

Este componente articula actividades orientadas a la garantía del trabajo digno según las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo y a promover el cambio requerido en la formación del talento humano en salud (THS) para que sea pertinente con las necesidades de los territorios y el nuevo sistema de salud.

Las actividades más importantes de este componente son:

a. Desarrollar el programa para la gestión descentralizada del THS a nivel territorial, para lo cual será fundamental implementar un programa de formación del perfil de Gestor / Gestora para cada uno de los 32 departamentos.
b. Para garantizar la disponibilidad equitativa del THS en el territorio nacional, se implementará un mecanismo de incentivos para mejorar la distribución en las zonas rurales y rurales dispersas. De forma simultánea, se diseñará con el Ministerio de Educación Nacional la estrategia para ampliación de cupos en programas de tecnologías y pregrado en salud en las regiones del país.
c. Para garantizar la cualificación de las capacidades del THS a través de tres acciones específicas:
   - Trabajar con el Ministerio de Educación Nacional y las instituciones de educación superior en la ruta para incluir en los programas curriculares las competencias para abordar los énfasis requeridos en el marco del sistema: salud pública, Atención Primaria en Salud, salud familiar y comunitaria.
   - Programa de formación masiva para fortalecer las competencias del THS en servicio y acelerar la capacidad resolutiva en el primer nivel de atención. En particular, se propone el diseño de una plataforma que posibilite el programa masivo de formación autogestionada cuyo énfasis estará en APS dirigido a los profesionales en enfermería y medicina vinculados a los 3000 equipos básicos.
   - Definición de los lineamientos de práctica en Salud Pública en el país y se establecerá un programa nacional de entrenamiento avanzado en Salud Pública y APS.
d. Para garantizar que las condiciones de salud, empleo y trabajo para el THS sean decentes, dignas, estables y equitativas, en el primer semestre de 2024 el MSPS sancionará e iniciará la implementación de la Política Pública Intersectorial de THS. Para acelerar este proceso y avanzar en la transición del sistema se realizarán dos acciones específicas:
   - El MSPS en articulación con las entidades territoriales y Entidades Adscritas, definirán los lineamientos para contratación laboral del THS, de tal forma que los procedimientos sean estandarizados y respondan a las necesidades del sistema de salud.
   - El MSPS, como cabeza de sector, definirá la ruta para la formalización laboral en el MSPS, entidades adscritas, las entidades territoriales y las Empresas Sociales del Estado. Esta ruta iniciará su implementación en 2024 y estará soportada por un plan con horizonte temporal de finalización en 2026.

2.3. Desarrollar el liderazgo para el abordaje de los Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud a través de la colaboración intersectorial:

Este componente propone actividades para lograr la articulación efectiva de varios sectores alrededor de intervenciones sobre los determinantes. De manera específica para el proceso de transición se priorizan aquellas acciones orientadas a generar un liderazgo renovado de la colaboración intersectorial.

a. Diseñar y desarrollar una estrategia de negociación y abogacía con la presidencia de la república y estancias del ejecutivo a nivel nacional, para posicionar en la agenda el enfoque y las posibilidades de articulación durante la transición.
b. Diseñar la estructura organizacional y funcional de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, que sea coherente con la arquitectura actual del gobierno e incluya la reglamentación y una ruta expedita de implementación.

3. Cuidar la salud y la vida

Un sistema que busca garantizar la salud universal, basado en un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades, orientado por la Atención Primaria en Salud con redes de salud integrales e integradas, debe tener una capacidad resolutiva adecuada.

Este atributo del sistema permite articular actividades y recursos para brindar una atención con calidad, oportunidad, eficiencia y equidad, que corresponda al nivel de recursos humanos y tecnologías disponibles, y sea capaz de lograr una mejora del estado de salud.

Esta dimensión en el plan de transición contempla la interdependencia y conexión de los siguientes componentes:

3.1 Implementación de los planes de gestión de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS):

Las RIITSS son el conjunto de organizaciones públicas, privadas o mixtas que se integran de manera coordinada, secuencial y organizada, a partir los arreglos institucionales y comunitarios, para brindar servicios de salud dirigidos a promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en las áreas geográficas, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria e, intercultural.

La conformación y organización de las RIITS se deberá fundamentar en criterios determinantes que están agrupados en ámbitos de abordaje y para ello se requiere un ajuste normativo que propenda por superar el modelo de competencia entre los agentes y se trascienda a la cooperación e integración entre los actores.

La capacidad de respuesta del primer nivel de atención deberá ser mejorada y la complementariedad con nodos de servicios de mediana y alta complejidad se verá de manera integral e integrada permitiendo un acceso universal, oportunidad, continuidad y seguridad en el proceso de atención en salud.

En este marco, la rectoría y gobernanza de la red estará liderada por la autoridad sanitaria territorial y regional con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del sector salud, incluyendo una activa participación social y comunitaria. En este sentido se espera que en 2024 se inicie el acompañamiento a la implementación de planes de gestión de las RIITS a partir del análisis funcional de las mismas. La estrategia de acompañamiento en territorio se apoyará en una plataforma de gestión de información con enfoque gerencial a partir de SIO, que en tiempo real permita la estimación de capacidad actual y la formulación de un Plan de gestión para 2024 y un Plan de crecimiento a 2027.

Las RIITS contarán con un modelo de incentivos por los resultados y el cuidado integral a la salud y la vida, una optimización de recursos a través de compras conjuntas, una asignación y distribución financiera acorde con las necesidades. Asimismo, el desarrollo de los sistemas de información para la implementación de las redes será un componente estratégico para la integración, interoperabilidad, facturación electrónica, información, auditoría e inteligencia. De esta manera se podrá fortalecer la gestión clínica-administrativa-logística (referencia-contrarreferencia) de las personas.

En el marco de la organización de las RIITS, el plan de transición incluye el alistamiento para acompañar la transformación de las EPS a Gestoras de Salud y Vida. El proyecto de ley considera que las Gestoras de Salud y Vida deberán contribuir a la gestión integral del riesgo en el territorio de salud asignado, coordinando con las autoridades locales la organización de RIITS transitando del concepto restringido de red de proveedores de servicios individuales, a redes de cuidados y servicios que integran lo individual y lo colectivo en sus áreas de responsabilidad, estableciendo de esta manera el aseguramiento social en salud propuesto.

3.2 Fortalecer la red pública de cara a la transición: Instituciones de Salud del Estado, Centros de Atención Primaria en Salud Transición a CAPS

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. La creación de ISE, se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Las ISE serán CAPS en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Para ello se requerirá elementos de financiamiento de infraestructura y equipamiento (no solo operación); formalización del talento humano; un programa saneamiento financiero de las ISE, presupuestación de los hospitales públicos; reglamentación del giro de recursos a las ISE; adecuación al nuevo sistema de financiamiento (basado en la oferta) para los centros de atención primaria; desarrollar metodología y estudio de suficiencia de la red territorial. Fortalecimiento del Primer Nivel de

Atención con Centros de APS (incluye equipos básicos de salud) y territorialización de la salud.

En particular, para avanzar en la organización de los CAPS de cara a la transición, en el 2024 se propone como proceso para acelerar la gestión del plan de infraestructura, la asignación de un rubro presupuestal para financiar los estudios previos y diseños de CAPS nuevos y de mejoramientos de acuerdo con las orientaciones para Hospitales resilientes según las metodologías INGRID-H, ISH. En este sentido para este primer año se propone apoyar al menos 3 proyectos en cada uno de los departamentos con un valor estimativo de 150 millones por estudio.

3.3 Fortalecer la Atención Primaria en Salud

Para el 2024 se han priorizado dos grandes componentes orientados al fortalecimiento de la APS en todo el territorio nacional: la implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo y el fortalecimiento de la capacidad resolutiva y la integralidad de los Equipos Básicos de Salud.

a. Implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo
   - El modelo de salud preventivo y predictivo es entendido como una construcción colectiva de base territorial, cuyo accionar se centra en las personas, las familias y las comunidades e implica el desarrollo de los principios y elementos centrales de la Atención Primaria en Salud-APS. Este modelo desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.
   - La categoría preventiva es comprendida como el cuidado integral en el continuo de la atención, a las personas, familias y comunidades independientemente de su lugar de residencia y su condición socio económica, minimizando la carga de la enfermedad. Por su parte lo predictivo comprende que la información que genera y gestiona el modelo, permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros y tomar decisiones en salud, en el corto, mediano y largo plazo.
   - El modelo busca la recuperación de competencias y la confianza en las regiones del país, una sostenibilidad del sistema de salud, una soberanía sanitaria. Para lograrlo se requiere, por un lado, redefinir roles y atribuciones de los entes territoriales y demás actores estratégicos del sector; por otro lado, ajustar las bases normativas para las acciones en salud pública. Todo esto enmarcado en el desarrollo armonizado de los sistemas de información para la implementación del modelo.
b. Fortalecimiento de la capacidad resolutiva y la integralidad de los Equipos de Salud Territoriales.
   - Los Equipos de Salud Territoriales son estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios de salud en todos los entornos de desarrollo que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
   - Será fundamental dotar a los profesionales y personal de salud del primer nivel de atención con las competencias y tecnologías requeridas para alcanzar la capacidad para resolver el 80% de los problemas de salud de la población En este sentido, se modificará la normativa actual para adecuar los campos de práctica especialmente de medicina y enfermería, promover la profesionalización del personal técnico, auxiliar y promotor de la salud y generar nuevos acuerdos para la revisión de los planes de formación de las carreras de la salud. Adicionalmente, se planea asignar recursos al IETS para realizar un estudio para identificación y sistematización de las prácticas de uso de tecnologías en todos los departamentos.

3.4 Modelo de incentivos

El equipo coordinador del plan de transición del nivel nacional, diseñará propuestas para un modelo de incentivos, que promoverá el avance del proceso de transición. El equipo coordinador del plan de transición será el responsable de la implementación del modelo aprobado.

a. De este modelo participarán todos los componentes del sistema de salud.
b. El modelo estará orientado a favorecer la cooperación entre componentes de las RIITS y entre territorios.

El modelo priorizará el logro de resultados poblacionales en salud en la escala territorial.

4. CONSIDERACIONES DE LOS PONENTES

La propuesta del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara apunta a dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" así como a la jurisprudencia relacionada con la garantía del Derecho Fundamental a la Salud, reconociendo la necesidad de construir sobre lo construido y de avanzar en esa línea trazada por la Corte Constitucional y el Congreso de la República. Esto a través de una "transformación" del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que reconfigura el diseño institucional de gobierno y gobernanza, con una propuesta de arquitectura de financiamiento que garantice recursos ciertos para la Atención Primaria en Salud y para la prestación de servicios, estructurada en este modelo en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud territorializadas. Con el propósito, igualmente, de alcanzar condiciones de trabajo justas y dignas para los trabajadores y trabajadoras del sector salud y de integrar medidas para la formación y el acceso a la educación superior en salud, condiciones sin las cuales no es posible la garantía misma del Derecho Fundamental a la salud para toda la ciudadanía colombiana.

Asimismo, reconoce los resultados negativos en salud como consecuencia de fallas estructurales del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, la organización fragmentada en el sistema de salud y la lógica de contratación que han impedido la atención efectiva de la población, garantizando accesibilidad, oportunidad, calidad y pertinencia, más allá de una cobertura formal de afiliación. Por ello, el Proyecto de Ley No. 312 de 2024 plantea la definición de estrategias que permitan superar estas fallas estructurales y la proliferación de barreras en el acceso a la atención en salud, tanto como el desvío irregular de recursos públicos del sistema. El diseño institucional propuesto en la Reforma a la Salud persigue el fortalecimiento del sentido y el cuidado de lo público bajo un esquema de gobernanza en el que concurren la ciudadanía, el sector privado y el Gobierno. Esto incluye la recuperación de la gobernabilidad administrativa, financiera y de la información desde la autoridad sanitaria nacional y territorial, y un proceso que lleve al sector a avanzar de una lógica de competencia a una lógica de cooperación entre los actores del sistema de salud.

En las mesas técnicas, la audiencia pública y los documentos allegados, los actores coinciden en la necesidad de la transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hacia un Sistema de Salud basado en el aseguramiento social, que materialice el mandato constitucional y la Ley Estatutaria en Salud como garantía de la protección financiera para los ciudadanos en sus territorios, que supere la fragmentación entre lo individual y lo colectivo, que dé fin a la intermediación financiera, permita la incidencia positiva sobre determinantes sociales, y cierre brechas en salud, lo cual implica "la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población", como lo señala el objeto de la iniciativa.

Igualmente, se encuentra un amplio consenso en el cambio en el modelo de atención en salud, centrado en la estrategia de Atención Primaria en Salud y el fortalecimiento de la resolutividad del nivel primario, agenciado por su unidad básica polifuncional como lo es el Centro de Atención Primaria en Salud CAPS, respondiendo a las necesidades sociales y trascendiendo la atención básica en salud, así como en su efectiva integración con la mediana y alta complejidad en las RIISS, articuladas a su vez con las redes de cuidado socio-sanitario y ambiental, lo que nos permite superar la fragmentación entre el aseguramiento individual y colectivo, que, como reconocen los distintos actores, se encuentra en crisis. En virtud de lo anterior, los ponentes recogen la propuesta del acumulado Proyecto de ley 135 de 2024, de incorporar un artículo exclusivo para la definición y desarrollo de las características de la Atención Primaria en Salud, incorporando gran parte de su redacción propuesta.

El giro del modelo de atención, la territorialización de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, el despliegue de los equipos de salud territoriales, el fortalecimiento de la rectoría y las instancias de gobernanza, así como las funciones operativas de las Gestoras de Salud y Vida y la convergencia en las coordinadoras locales y regionales, garantizan la continuidad del servicio. Se trata así de una nueva forma de convergencia de las atenciones individuales, familiares y comunitarias que permitan superar la fragmentación histórica entre intervenciones colectivas y atenciones individuales. Recogiendo este espíritu, los ponentes precisan que este es un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema en su conjunto y un sistema de administración de riesgos financieros a cargo del Estado, en el artículo 2 de la iniciativa.

El modelo preventivo, predictivo, resolutivo es una apuesta por la mejora de la calidad en la atención y la gestión al interior del Sistema de Salud. Cada una constituye una dimensión distinta y complementaria, por lo que no se trata de operaciones desencadenantes. Los ponentes comparten con múltiples actores participantes, así como con la iniciativa del Proyecto de Ley 312 de 2024, que los equipos de salud territorial son elementos estructurales del modelo y de la Atención Primaria en Salud, puesto que desarrollan relaciones de cuidado de largo plazo con la población a la que cuidan. Por lo que deben implementarse en todos los territorios de salud de acuerdo con las necesidades específicas de esas poblaciones, como lo especificamos en el articulado.

Con relación al modelo de gobernanza y rectoría del sistema, existe amplio consenso en la creación del Consejo Nacional de Salud. Como resultado de las mesas de trabajo con los diversos actores del sistema y la revisión del Proyecto de Ley 135 de 2024, se considera pertinente y adecuado técnicamente que existan, con voz y voto, un (1) representante de las Gestoras de Salud y Vida; un (1) representante de los prestadores públicos y privados, en virtud de que estos actores convergen de manera coordinada en la gestión integral del riesgo en salud y porque son actores esenciales en la prestación de servicios. Asimismo, se incorpora la representación de la ADRES con voz y voto, así como la presencia del director del INVIMA con voz y sin voto. Este aumento en el número de participantes implica un aumento en el número de votos necesario para convocar sesiones y la toma de decisiones por mayoría calificada a efectos de garantizar el principio democrático.

En lo relativo a las decisiones con implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio de salud, se incorpora el requerimiento de concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social atendiendo el mandato constitucional relacionado con la materia de política económica y presupuestal, así como con las funciones indelegables de rectoría.

Con relación al carácter o naturaleza del Consejo Nacional de Salud discutido en la Mesa técnica como en el Proyecto de Ley 135 de 2024, es menester aclarar el carácter de las decisiones y recomendaciones de esta instancia no pueden ser vinculantes, dado que la Ley 489 de 1998 orienta, a través de su artículo 6, la función administrativa, a través del principio de coordinación y colaboración entre las autoridades administrativas, garantizando la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los cometidos estatales; del mismo modo, en el artículo 38, al contemplar la estructura del estado, incluyó dentro del sector central los consejos superiores de la administración, y en su parágrafo 2 señaló claramente que, además de éstos, funcionarían otros organismos consultivos o coordinadores "con carácter permanente o temporal y con representación de varias entidades estatales y, si fuere el caso, del sector privado, los que la ley determine". En el caso de las entidades descentralizadas que pueden participar en el CNS, se recuerda que el artículo 46 de la Ley 489 de 1998 por la que se establece la organización y el funcionamiento de las entidades del orden nacional, define que "los organismos y entidades descentralizados participarán en la formulación de la política, en la elaboración de los programas sectoriales y en la ejecución de los mismos, bajo la orientación de los ministerios y departamentos administrativos respectivos".

Adicionalmente, en el marco de la arquitectura institucional del Estado, estos organismos han de entenderse como órganos colegiados en los que concurren entidades de varios sectores administrativos, cuya finalidad es la de asesoría, coordinación y orientación superior, entre otras, en la ejecución de ciertas funciones y servicios públicos, donde se hace necesaria la concurrencia de diferentes actores, sin perjuicio de las competencias específicas de cada uno de ellos, estableciendo claramente su alcance y naturaleza.

De otro lado, el Consejo de Estado en el Concepto 2051 del 15 de marzo de 2011, precisó que "un ministro sólo puede delegar funciones en los empleados públicos de los niveles directivo y asesor de su Ministerio. El Ministro no puede delegar en particulares ni en funcionarios de entidades adscritas al Ministerio" por lo que el CNS al incorporar en su composición a actores económicos y de la sociedad civil (privados) se trataría de una instancia que apoya a la dirección con un carácter consultivo que brinda recomendaciones e insumos para la toma de decisiones públicas, por lo que en razón de consideraciones de constitucionalidad, el CNS no puede darle órdenes al poder ejecutivo (Ministro de Salud y entidades de la administración nacional) ni ejercer sus funciones. Todo lo anterior enmarca

el rol y el carácter experto de sus recomendaciones en procesos como la determinación de la UPC, dado que éste tiene implicaciones tanto fiscales como en la calidad del servicios de salud, así como en el alcance en la determinación y seguimiento de los resultados en salud.

Atendiendo a las propuestas de los actores de las mesas técnicas de mejorar el *accountability* del sistema de salud a través de rendiciones de cuentas sectoriales bianuales, se recuerda que el artículo 5 del Proyecto de Ley 312 de 2024, define que el CNS, 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, entre tanto, se consideró pertinente ajustar la fecha de presentación del informe del CNS al primer trimestre de cada vigencia.

Existe otro gran consenso en torno a la creación e implementación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud. En lo que respecta al aval fiscal del Ministerio de Hacienda, en él se aclara el rubro de Sistema de Información *"corresponde al rubro de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social, en particular a los proyectos de inversión "Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud y Protección Social 209-2023", código BPIN 2017011000477, y del proyecto de inversión "Consolidación del Sistema de Información y Banco de Datos del Sector Salud y Protección Social 2024- 2027", código BPIN 2023000000034, con una inversión de $882,28 mil millones entre 2023 y 2027, y en ejecución en la actualidad".* Por otro lado, el artículo se encuentra validado con el Ministerio de las TIC, quien en el debate del proyecto archivado manifestó que se encontraban trabajando en el mapeo de conectividad, proveedores de internet, capacidad y análisis de costos, posibilidad de utilizar otros mecanismos en zonas donde los medios tradicionales no llegan y el plan para garantizar conectividad en todos los centros de salud de los territorios.

Finalmente, en lo que respecta a la intimidad y la confidencialidad de la información clínica de la población, la Reforma no modifica ni deroga lo establecido en la Ley 2015 de 2022 en cuyo artículo 1 precisa que, a través de la Historia Clínica Electrónica se facilitará, agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, respetando el Hábeas Data y la reserva de la misma.

El Proyecto de Ley 312 de 2024 propone una arquitectura financiera que establece el manejo público de los recursos públicos, suprimiendo la intermediación financiera por parte de la figura de las aseguradoras, y por tanto la administración del riesgo financiero será asumido por el Estado, buscando transparentar y divulgar en tiempo real el flujo de los recursos en el sistema, a través del ya mencionado Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, análisis inteligente de datos y auditorías aleatorias por parte de la ADRES. Se mantienen las cuentas territoriales sin situación de fondos, bajo la competencia de las autoridades locales pero sin su intervención directa sobre los recursos que seguirán siendo manejados por la ADRES de manera centralizada, avanzando hacia la universalización del giro directo para la garantía de la liquidez del sistema, y adicional, hacia la consolidación su rol de pagador único con las competencias de reconocimiento y autorización de cuentas, en concordancia con el traslado de la función de administración del riesgo financiero en cabeza del Estado, concretamente de la ADRES o quien haga sus veces.

La función de la gestión del riesgo financiero en cabeza del Estado viene consolidándose como una tendencia en la última década, centralizando la gestión financiera en una entidad nacional con la creación de la ADRES. Fue creada como una entidad centralizada que permitió consolidar una serie de medidas necesarias que se venían implementando desde la etapa final del FOSYGA, para combatir diversos hechos de corrupción, incentivados por la fragmentación en el manejo de los recursos, que resultó en grandes dificultades de circulación de liquidez dentro del sistema de salud. Se avanzó de esta manera hacia la unificación del recaudo en la entidad, la cual hoy recauda el 100% de las cotizaciones del sistema (que implica operar 4.4 millones de transacciones al mes). El recaudo se encontraba previamente diseminado en cabeza de las numerosas aseguradoras que carecían de la capacidad, por lo que, con el fortalecimiento de la ADRES se ha reducido la fragmentación del manejo de los recursos del sector salud, incluyendo los del nivel territorial que, aunque continúan bajo la competencia de esas autoridades, desde entonces lo hicieron con cuentas sin situación de fondos.

A esto responde que sea el ADRES la que, desde el 2015, realiza la liquidación del aseguramiento girando los recursos a las EPS que cumplen los requisitos, según sus reportes y los de las Entidades territoriales, para que estas a su vez transfieran a las IPS, así como la realización del giro directo de la ADRES hacia las IPS de las EPS que funcionan sin situación de fondos. El giro directo inició con la Ley 1438 de 2011 en el Régimen Subsidiado, mecanismo que la normativa vigente viene ampliando, recientemente con la expedición del Decreto 489 de 2024 se fortalece en el Régimen Contributivo, que ha evidenciado importantes avances en la transparencia en el manejo de los recursos, respondiendo a una tendencia que avanza hacia su universalización, y que busca garantizar liquidez suficiente y a tiempo a los prestadores de servicios, aspecto que encuentra un decidido consenso entre los diversos actores participantes de las mesas técnicas, la audiencia y los ponentes.

Asimismo, en materia de reconocimiento y pago de cuentas, la ADRES asumió estas funciones en lo relativo al mecanismo de recobros en los dos regímenes, y posteriormente en todos los procesos de auditorías en la implementación de los Acuerdos de Punto Final, para luego dar paso al mecanismo de presupuestos máximos, también en manos de la validación, reconocimiento y pago de esta entidad a partir del reporte que las EPS hacen. Esto además de las ocho auditorías anuales que permiten la anulación o reintegro de recursos reconocidos por concepto de UPC a las EPS, las cuales implican la validación de 681 millones de registros del régimen contributivo, 614 millones del régimen subsidiados y 7 millones de registros relativos a prestaciones económicas por concepto de incapacidades y licencias de maternidad.

La consolidación de estas capacidades es un proceso desarrollado a lo largo de la existencia de la ADRES, profundizando mecanismos para el manejo de los recursos, que la iniciativa analizada busca seguir ampliando y profundizando, por ello establece las competencias de reconocimiento de las cuentas y autorización de los pagos como unas de las centrales en el rol de Pagador Único de la ADRES, que se diferencia del simple giro directo porque este rol consiste en que es responsabilidad y potestad de esta entidad, ya no de las EPS o las nuevas Gestoras, reconocer las cuentas y autorizar el pago de los servicios y tecnologías, sin que este ejercicio de control de gastos se convierta en una barrera administrativa para la prestación del servicio, como hoy sucede con las llamadas autorizaciones de las EPS, asuntos sobre los cuales se reconoce un amplio consenso entre ponentes y diversos actores del sistema presentes en los espacios de participación. Es así que el control del gasto será un proceso integrado en un sistema de control y auditorías, que incluirá el análisis detallado de datos y tendencias de usos y frecuencias del sistema, así como las auditorías aleatorias, para garantizar el ejercer el control financiero y la detección de anomalías.

El Proyecto de Ley 312 de 2024 contempla un sistema que multiplica los tipos de auditorías posibles y la cantidad de entidades que pueden hacerlas, incluyendo las Gestoras de Salud y Vida, la ADRES y entidades especializadas, privadas, públicas y mixtas, es decir, aumenta los controles, el seguimiento y la vigilancia vinculada a esos procedimientos.

Otros mecanismos de control de gastos, de gestión de riesgos de usos irregulares de los recursos, y para la mejora en su uso eficiente, se contemplan mecanismos rigurosos de planificación propios del proceso de territorialización, los presupuestos tipo y estandarizados de los CPAS; los mecanismos de cooperación entre IPS públicas y privadas, ya no de competencia dado que éstos últimos dispara los precios; de regulación de precios con manual tarifario, no solo para tecnologías actualmente vigente, sino también para servicios; así como mecanismos de evaluación y control de la frecuencia de uso de servicios y tecnologías a partir de modelos, protocolos y guías de atención de enfermedades que responden a estándares mundiales desde la ADRES. Este sistema de gestión y evaluación del sistema funciona en relación íntima con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información transparente y visibilice la información a todo el público, en tiempo real, permitiendo el acceso a los reportes de todos los actores del sistema, tanto de los flujos de recursos como en los usos y prestación de servicios y tecnologías de salud. Es destacable, igualmente, los mecanismos de vigilancia, veeduría y control incorporados en el esquema de gobernanza con las instancias colegiadas de participación de múltiples actores y la participación de la ciudadanía, sobre lo cual se encontró un amplio consenso en los espacios de diálogo adelantados.

Asimismo, el establecimiento de los acuerdos marco por parte de la ADRES con los prestadores, función que los ponentes consideramos pertinente integrar de manera explícita en el artículo de las funciones de la ADRES, es complementaria a la función que cumplirán los departamentos y distritos o municipios junto a las Gestoras, de realización de los convenios de desempeño, los cuales se articulan y establecen el marco normativo de criterios y reglas de juego para la prestación de los servicios atados a resultados en salud en función de los análisis funcionales de RIISS y en las necesidades territoriales, por lo que regulan las cláusulas de cumplimiento y el pago asociado entre la ADRES y las IPS, y así garantizar la recepción de pacientes y de recursos ciertos y oportunos por parte de estas últimas, tanto como un control del gasto eficiente que funciona en todo momento y está sujeto a la garantía del derecho a la salud. Asimismo, la incorporación de incentivos dirigidos a los actores del sistema, prestadores de servicios de salud y Gestoras, orientados al logro de resultados en salud y que permitan alejarse de la lógica de venta de servicios, constituyen mecanismos para el mejoramiento del acceso, la calidad y el gasto eficiente en salud.

En la presente ponencia, aclaramos igualmente el rol de la ADRES en la definición del régimen de tarifas y formas de pago, en función de que cuenta con toda la información financiera, de circulación y de pagos efectivos necesarios para establecer el modelo de seguimiento. En ese sentido, se reconoce en el artículo de sus funciones su obligación de proporcionar los insumos y análisis del gasto, para el proceso de estructuración del régimen tarifario y de las formas de pago. Igualmente en lo relacionado con sus funciones, se incluyen de manera explícita las de pagar los gastos de administración e incentivos a Gestoras, y de estos últimos a IPS.

Frente a la constitución de reserva técnica por parte de la ADRES, es necesario aclarar que esta entidad no es una aseguradora, por ello, el Proyecto de Ley establece como medida contingente la constitución del Fondo de desastres, figura que, además, es concordante y coherente con el rol que desempeña el Estado como pagador de última instancia y encargado del cierre financiero, por lo que se incluye de manera explícita la constitución del Fondo en las funciones de la entidad.

Hay consenso en la necesidad de aumentar el gasto en salud, con la incorporación de nuevas fuentes de financiación, e incrementando el gasto público en salud como porcentaje del PIB. En esta vía, los ponentes acogemos la propuesta del Proyecto de Ley 135 de 2024 y de diversos actores participantes de la Mesa Técnica en incorporar dos nuevos artículos y su armonización en el articulado, para la apropiación específica de los recursos provenientes de los impuestos saludables (cerca de 1,4 billones) y de otro lado, del IVA social (2,3 billones), creados por la Ley 2277 de 2022. Garantizando que estos recursos adicionales además de integrar los ingresos generales de la nación, encuentren una destinación específica al SGSSS, como mecanismos de liquidez inmediata, propuesta recogida por lo ponentes de los actores participantes de las mesas, audiencia y documentos, de manera reiterada.

Si bien existe el consenso mencionado sobre nuevas fuentes, frente al aumento del presupuesto para la salud, se acoge la sugerencia de diversos actores participantes de la mesa técnica en el sentido de que los excedentes o desahorro del FONPET, deben seguir estando bajo la competencia de los departamentos. Dada la importancia de los recursos del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales -FONPET- para asegurar la protección social en los territorios subnacionales de Colombia, técnicamente se considera viable que estos recursos se mantengan bajo la administración de las entidades territoriales.

Con relación a la cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria se aclara en las Mesas técnicas que ésta contempla únicamente los recursos de funcionamiento, por lo que no incluye la construcción de nueva infraestructura sino exclusivamente lo relacionado con el mantenimiento de ésta, ya que esos recursos para la construcción deben ser de inversión.

Tal y como lo mencionamos arriba, existe un amplio consenso en que se debe fortalecer y garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud, el nivel primario y la universalidad del derecho fundamental a la salud, ya que supone la disminución de frecuencias de uso en la mediana y alta complejidad para enfermedades que pueden atenderse en ese nivel primario, reduciendo por ello el gasto en el corto, mediano y largo plazo, todo esto sin afectar la garantía de la prestación de servicios de salud del nivel complementario. Se precisa, entonces, que no se reduce el rubro destinado a la atención de la mediana y alta complejidad, sino que, de hecho, el aval fiscal del MHCP evidencia un crecimiento real en el rubro de mediana y alta complejidad en todos los periodos. Frente al incremento de la participación presupuestal de la Atención Primaria en Salud, es importante señalar que la recomendación de la Organización Mundial de la Salud es llegar al 30% del gasto en salud, sin embargo, la proyección integrada al Proyecto de Ley 312 de 2024 llega al 25,3% de participación.

Para garantizar la financiación de la APS el Proyecto de Ley 312 de 2024 incorpora la Cuenta de Atención Primaria en Salud, la cual enumera las fuentes de sus recursos para salvaguardar los recursos de los Centro de Atención Primaria en Salud, que incluyen los equipos territoriales de salud. Los ponentes decidimos no acoger algunas sugerencias de eliminar la descripción explícita de las fuentes de la cuenta, ya que esto puede afectar la

efectiva garantía de financiación de la estrategia estructurante del nuevo modelo de atención y del giro mismo que propone la reforma. Por el contrario, consideramos importante adicionar a esas fuentes ya descritas en el Proyecto, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes y los recursos fiscales y parafiscales que se destinen a APS, de tal forma que se explicitan todas las fuentes posibles, evitando cualquier ambigüedad sobre el origen de la base financiera para este propósito.

Asimismo, el artículo que define la asignación de la Unidad de Pago por Capitación en el aseguramiento social en salud establece con este mismo fin en su primer numeral la asignación de un per cápita para el financiamiento del nivel primario. En este artículo los ponentes consideramos pertinente incluir que los recursos asignados deberán garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud que serán financiados vía oferta en todo el territorio nacional, y por tanto los servicios de salud territoriales según las necesidades, así como la consideración de contenidos, coberturas y alcances, costeos y costos en la definición del mencionado per cápita, atendiendo las sugerencias de precisiones realizadas en documentos allegados al correo electrónico en el marco de la participación de actores en la Mesa Técnica.

Sobre las posibles dificultades de traslado de recursos entre las cuentas, señaladas por los actores participantes de las Mesas técnicas y en algunos de los documentos allegados por el correo electrónico difundido, los ponentes y el Ministerio de Salud consideramos viable introducir un mecanismo para la realización de traslados de recursos entre cuentas superavitarias y cuentas que eventualmente presenten situaciones deficitarias para cumplir sus propósitos. Se integra para los efectos un artículo nuevo llamado "Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud" estableciendo los requisitos que deben cumplirse para tal fin, tales como la priorización de la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria, exceptuando los recursos del Sistema General de Participaciones y los generados por las cotizaciones, así como no podrá afectar las metas establecidas por la ADRES ni afectar compromisos adquiridos para la atención en salud. Los traslados tendrán que ser aprobados por la Junta Directiva de la ADRES previa evaluación técnica y financiera.

Se incluyeron además varios artículos para ajustar la destinación de parte de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante, por parte de las Cajas de Compensación Familiar, las cuales podrán usar estos recursos hasta el 40% para el saneamiento de pasivos auditados; un artículo para el uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado con el fin de ser usados a la prioridad de usos con la cofinanciación del régimen en lo referente al pago de IPS, entre otras; un artículo para modificar la destinación de los excedentes del proceso de saneamiento de aportes patronales con recursos del situado fiscal y del SGP en las vigencias de 1994 a 2016, para pagar deuda por servicios y tecnologías en salud si las entidades territoriales lo autorizan; un artículo para el uso de los recursos excedentes del sector salud con el fin de priorizar el saneamiento del sector.

Destaca el acuerdo generalizado en torno a la transformación de las Empresas Promotoras de Salud en Gestoras de Salud y Vida, que permite la evolución hacia un nuevo Sistema de Salud. De manera insistente, en la Mesa Técnica, la audiencia y los documentos radicados ante la comisión, se reconoce como un paso positivo, por lo que se hace necesario señalar que es también el resultado de un proceso de concertación que se ha surtido con EPS, actores del sistema y sectores políticos lo relativo durante el trámite que antecedió en la Reforma a la Salud que se tiene como antecedente, lo que permitió avanzar en el perfeccionamiento de un articulado que fue insumo base para los artículos relacionados en el presente Proyecto de Ley 312 de 2024. La territorialización de las Gestoras de Salud y Vida presenta una potencialidad de cambio real para el Sistema de Salud.

En este sentido, el proyecto aprovecha las capacidades administrativas, operativas y de gestión de las EPS que cumplan con los requisitos para habilitarse como Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras se concentrarán en funciones administrativas y del nivel de la gestión operativa entre el nivel primario hasta el complementario, en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, y participarán en instancias de coordinación de RIISS en los distintos territorios del país junto a los demás actores del sistema. Adicional y para garantizar la calidad de la atención, los ponentes consideramos pertinente que los convenios de desempeño se establezcan entre las Gestoras de Salud y Vida, los Departamentos y Distritos o Municipios, con el seguimiento y control de las Unidades Zonales de Planeación, con la finalidad de reconocer igualmente, las competencias territoriales de las autoridades sanitarias.

Es importante señalar que es un acuerdo ampliamente acogido, que las Gestoras nacen exclusivamente de las EPS hoy en operación, por lo que dentro del articulado no se encuentra contemplada la creación de nuevas gestoras en tanto, la proliferación de estos agentes genera ineficiencias en el sistema de salud en términos de fragmentación de la territorialidad y de las economías de escala, por lo cual los ponentes ratificamos esta definición. Igualmente ratificamos que, en el escenario de que un territorio no cuente con una Gestora, el CAPS o la Gestora que surja de la transformación de la Nueva EPS, asumirá estas funciones, integrando en este hipotético escenario, la alternativa adicional de la mencionada gestora de m participación pública.

Asimismo, existe amplio consenso en eliminar la integración vertical puesto que ha significado sobre costos del sistema y conflictos de intereses. Esta práctica ha implicado graves problemas al interior del sistema, ya que genera incentivos negativos, tales como el cobrar de tarifas favorables de parte de las IPS propias; la priorización de la contratación con las IPS propias aún cuando es necesario integrar en la red otros prestadores que cuentan con las capacidades necesarias, sin incluir el criterio de territorialización; la priorización de pagos con la red propia que ha traído el detrimento de la Red Pública Hospitalaria y de prestadores privados igualmente; afectación de la la resolutividad del nivel primario. Todo esto trae consecuencias, entre otras, la quiebra de IPS públicas y privadas que funcionan al debe con una inmensa cartera adeudada contra ellas; afectación del nivel primario; incremento de los costos del sistema; concentración de los servicios de mediana y alta complejidad en las grandes ciudades y en las zonas de mayores ingresos.

Asimismo, las EPS no continuarán como asegurados, sino que en su transformación como Gestoras asumirán funciones de agencia para las personas dentro de las RIITS. En ese sentido, las Gestoras de Salud y Vida se diferencian de la figura de aseguradoras, en que no asumen la gestión del riesgo financiero (asumida por el estado), y en consecuencia, no ordenan el gasto a través de ningún mecanismo o forma de organización del sistema que implique una posición dominante. Es por lo anterior que la función número 22 incluida por los ponentes en el Artículo 28 de Naturaleza y Funciones de las Gestoras de Salud y Vida, la cual describe la *Representación al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos dentro de las RIITS*, se refiere al nivel de gestión operativa y del riesgo en salud en lo relacionado con sus funciones, sin perjuicio de la responsabilidad que otros actores y autoridades tengan en relación con los usuarios, y sin que ello implique la afectación del nivel de resolutividad del nivel primario, ni una posición dominante en la configuración del sistema de salud. En este orden de ideas, los ponentes consideramos necesario incluir un parágrafo en el mismo sentido, en el mencionado artículo 28, el cual explicita la condición de la siguiente manera: "Parágrafo 1: Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte d las Gestoras de Salud y Vida".

Por lo anterior, sus funciones administrativas están centradas en el nivel de gestión operativa para el acceso de los usuarios a servicios de salud entre el primer nivel y la mediana y alta complejidad, y para esto, las Gestoras asumirán procesos de manera coordinada y conjunta con los CAPS y con las Entidades territoriales, tales como establecer el sistema de referencia y contrarreferencia; el de intercambiar información y monitorear el uso racional de servicios y tecnologías de la población atendida; la evaluación de resultados en salud para garantizar la calidad de la atención; en especial identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo, actividad que debe coordinar con los CAPS debido a la gestión compartida del riesgo en salud que cumplen, para el caso de las poblaciones adscritas a los mismos y que la Gestora se encargará, a su vez, de agenciar en las RIITS; así como garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que lo requieran, lo cual hace parte de una gestión integral del riesgo en salud del cual la Gestora participa, concebido como "un sistema de gestión de riesgos de salud y operativo a cargo de los actores del sistema", tal y como se especifica en el artículo 2 ajustado en la presente ponencia.

En este marco, el espíritu de la Reforma a la Salud, que, como ponentes acogemos y ayudamos a precisar con la presente ponencia positiva, las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud tienen un papel central y protagónico como organismo funcional, coherente, coordinado y cooperativo, en el que interactúan de manera integrada, los actores privados, públicos y mixtos que prestan servicios y tecnologías en salud, es decir, IPS de primer nivel (CAPS) y complementario (media y alta complejidad), prestadores del sector, así como gestores y servicios farmacéuticos, proveedores del sector y las Gestoras de Salud y Vida. Todos estos agentes constituirán un entramado eficiente y territorializado que garantizará el derecho fundamental a la salud de las y los colombianos, a través de mecanismos del sistema de gestión de riesgos de salud y operativo que estará a su cargo como actores del sistema de salud y de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. La corresponsabilidad de los actores integrados en las Redes territorializadas, los convenios de desempeño y las funciones establecidas permiten apuntar a resultados en salud, y evitar que la salud de las y los colombianos sea concebida como una mercancía. Asimismo, como se plantea al inicio de este acápite, permite superar la fragmentación entre riesgo individual y colectivo que hoy padece el sistema.

La organización y dirección de la prestación de servicios de salud y por tanto del sistema de salud se define como una función indelegable del Estado, establecida en el artículo 49 de la Constitución Política. Es por ello que las autoridades sanitarias del nivel territorial en su competencia de rectoría, también contemplada constitucionalmente, tienen la obligación y la competencia de organizar y conformar estas Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud, tal y como lo define la presente ponencia en el Artículo 33 Organización y conformación de las RIITS, con la participación de las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el respectivo territorio de salud, y con fundamento en los análisis funcionales de Red.

En el marco del fortalecimiento del nivel primario, el papel protagónico de los Centros de Atención Primaria en Salud es fundamental en el nuevo modelo de atención propuesto por el Proyecto de Ley 312 de 2024 y, en consecuencia en la materialización de los propósitos de las RIITS. Por lo anterior, los ponentes consideramos pertinente incluir, en el **Artículo 36. Estructura y funciones de los CAPS**, que, en el marco de la función de adscripción poblacional, se deberá cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la **libre elección** dentro de la oferta disponible de los CAPS.

Para el logro del giro en el modelo de atención y los objetivos fundamentales propuestos por el nuevo Sistema de Salud basado en el aseguramiento social, el nivel primario de atención debe ser altamente resolutivo, lo que implica su responsabilidad determinante en el cuidado integral en salud de su población adscrita, incluidas las personas con enfermedades crónicas, evitando las congestión innecesaria de los servicios de mayor complejidad o de Urgencias, lo que permitiría combatir las ineficiencias señaladas por el multiferenciado estudio del BID, en la exposición de motivos del proyecto. Por lo anterior, los ponentes mantenemos el espíritu de la presente Reforma, al conservar un conjunto robusto de funciones en cabeza de los Centros de Atención Primaria de Salud, como lo son las administrativas, su participación en las labores de referencia y contrarreferencia, la adscripción de la población del territorio y la gestión del riesgo en salud en todo lo relativo a sus funciones, por lo que tienen a su vez la responsabilidad del usuario en lo atinente a sus funciones.

En consecuencia, teniendo claro que los CAPS deben hacer seguimiento y dar cuenta a sus adscritos por la continuidad del servicio, llevar toda la historia y trayectoria de sus población asignada y garantizar la gestión transectorial de los determinantes de salud en el territorio y la participación social en salud, los ponentes incluimos en el Artículo 36 señalado arriba, que **en virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.** Esto permite enfatizar en las características del modelo de salud propuesto por el Proyecto de Ley 312 de 2024, que es un modelo que funciona de abajo hacia arriba, en el que el CAPS debe igualmente interactuar con los demás actores de las RIITS que están implicados en el derecho a la salud de sus adscritos.

Desde el trámite del Proyecto anterior, como en esta ocasión, todos los actores participantes de los espacios de escucha de la mesa y audiencia, y los ponentes, se mostraron de acuerdo con la transformación de las actuales Empresas Sociales del Estado en Instituciones de Salud del Estado (ISE), como instituciones garantes del derecho a la salud, las cuales deben contar con un financiamiento que les permita ofrecer los servicios de salud que la población requiere, ya sea por garantía de oferta, para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud, como con cierre financiero cofinanciado, para el caso de las ISE de mediana y alta complejidad, cuando no lo logren por venta de servicios. Igualmente, en el actual Proyecto de Ley 312 de 2024, acumulado con el Proyecto de Ley 135 de 2024, se mantuvo el mérito como primer criterio para el nombramiento del Director/a de las ISE, sin afectar la autonomía de la autoridad territorial competente. Se decidió, adicional, incluir la participación del Secretario/a de Planeación territorial en el Consejo Directivo de estas entidades.

En todos los espacios de discusión sobre la iniciativa legislativa, se expuso la necesidad de abordar el déficit de talento humano en salud, en especial en lo concerniente a los

especialistas medico-quirúrgicos; teniendo en cuenta las propuestas allegadas a los ponentes se decidieron tres líneas de acción:

1. El examen único nacional habilitante para el ingreso a especialidades medico-quirúrgicas; el cual, si bien respeta la autonomía universitaria, permite que el acceso a este nivel de estudio sea basado en el mérito.
2. Ampliar los cupos docencia servicio, mediante a) el ajuste de los lineamientos correspondientes para que incorporen las particularidades tanto de los servicios de salud, como territoriales, lo cual irá acompañado de una estrategia de fortalecimiento para que todas las Instituciones de Salud del Estado, sean reconocidas como escenarios favorables de docencia servicio.
3. Programa de becas de pre y posgrado.

Para los ponentes es de suma importancia ofrecer respuesta a las solicitudes de las y los trabajadores de la salud en relación a sus condiciones laborales. De manera tal que se asume el compromiso de la formalización laboral de las y los trabajadores, y con la garantía de los derechos laborales en el sector salud. En esta materia, los ponentes decidieron suprimir el parágrafo 4 del Artículo 45 Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado -ISE, decisión de la cual se apartó el H.R. Alfredo Mondragón, quien solicitó que se ajuste su redacción para lograr la incorporación del espíritu de la propuesta del parágrafo durante el trámite del primer debate, considerando las propuestas allegadas desde las organizaciones de trabajadores.

En esta misma vía, se fortalecen las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud sobre la IVC relacionada con la disponibilidad y condiciones laborales de las y los trabajadores, en línea con los artículos 17 y 18 de la Ley Estatutaria en Salud. En ese sentido, con relación al artículo 50, relacionado con la modificación del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, en la que se plantea lo siguiente "2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones **de trabajo decente"** como numeral dentro conductas que debe vigilar la Superintendencia Nacional de Salud, se ajusta para incluir como factor que puede afectar la calidad del servicio de salud, lo relacionado con las condiciones de trabajo, aclarando que no se refiere a los asunto obrero -patronales o de conflictos laborales, sino con lo relacionado con los efectos de estas condiciones sobre la calidad del servicio de salud.

En lo relacionado con el artículo que modifica el artículo 2 de la ley 1949 de 2019, para disminuir los topes mínimos de las multas contempladas en las sanciones administrativas, se debe enfatizar que es necesario ajustarlas teniendo en cuenta el principio de proporcionalidad para que estas sean adecuadas, necesarias y equilibradas en relación con la gravedad de la infracción. Esto debido a que los actuales topes mínimos han generado varias consecuencias: dificultad de sancionar de manera proporcional aquellas faltas que son repetitivas y muy comunes entre los vigilados sin calificarse como graves; aumento de la litigiosidad, en detrimento del recaudo, exponiendo a riesgo jurídico a la entidad; disminución del porcentaje de recaudo de las multas; llevó a la medición de la gestión de la SNS a partir del monto de las sanciones; y el incumplimiento de la finalidad sancionatoria, dado que no existe evidencia que el aumento de la punibilidad haya disminuido la intensidad de las infracciones en cuanto a calidad o cantidad, dado que las fallas del sistema se mantienen consistentes a pesar del aumento en las sanciones, lo que afecta la prevención y retribución como propósitos de esa facultad sancionatoria. El ajuste, por tanto, asegura que las multas continúen siendo disuasorias sin que pierdan su capacidad de corrección y prevención, pero al tiempo evitando generar situaciones de insolvencia de entidades que podrían haber corregido sus conductas con sanciones más proporcionales, teniendo en cuenta su capacidad económica, por lo que crea un marco más justo y competitivo.

Finalmente, como mecanismo de saneamiento del sector en el marco de las medidas de transición, los ponentes valoran necesario acoger la propuesta de habilitar al Ministerio de Hacienda para estructurar un mecanismo de crédito al sector salud para el pago de pasivos, exclusivamente de las EPS que se transformen en Gestoras de Salud y Vida, recursos que solo se podrán transferir a los prestadores.

5. INFORME DE ACUMULACIÓN

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara ***"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"***	**Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** ***"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"***	**Informe de acumulación**
TITULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	**TÍTULO I: SISTEMA DE SALUD**	
	CAPÍTULO 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	**Artículo 1. Objeto.** La presente Ley 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 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-;	Tienen intencionalidades diferentes, por un lado, el PL 312 se propone transformar el sistema general de seguridad social en salud, y por otro lado, el PL 135 reorganiza el sistema, permitiendo la continuidad de la intermediación financiera. No obstante, coinciden en el reconocimiento de que el sistema de salud converge prestadores públicos, privados y mixtos.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara ***"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"***	**Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** ***"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"***	**Informe de acumulación**
Sistema General de Seguridad Social de Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud	se dispone el financiamiento, la administración y el flujo de los recursos del Sistema de Salud, así como el aseguramiento en salud a través de Entidades Gestoras de Salud-EGS-, públicas, privadas o mixtas, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES; la prestación integral de los servicios para la atención en salud por medio 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; y se disponen los aspectos relacionados con la inspección, vigilancia y control y con 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	El contenido de este artículo se encuentra contenido en el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015: "Artículo 5. Obligaciones del estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara ***"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"***	**Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** ***"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"***	**Informe de acumulación**
	la disponibilidad de los recursos humanos y financieros requeridos. En ese sentido corresponde al Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social 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.	b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema; c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales; d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio; e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto; f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población; g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas; h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud; i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
		necesidades en salud de la población; j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de estos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio". Se considera que no debe ser incorporado en la ponencia.
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.		El PL 135 no trae consideraciones al respecto.
	TÍTULO II: MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD	
	CAPÍTULO I: ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD	
	Artículo 5. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e	Este artículo mejora el concepto de APS actualmente vigente. Se decide incorporarse en el articulado en la ponencia.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	interdependientes: Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud (APS) se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas de Salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la abogacía correspondiente para lograr los objetivos de la APS. Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. En	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales.	
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 residente del territorio colombiano. Define 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 - RIITS, 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.	**Artículo 6. Definición del Modelo de Atención en Salud.** El Modelo de Atención es preventivo, predictivo y resolutivo, se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud y está centrado en las personas, las familias y las comunidades. Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria. Se sustenta en los principios de interculturalidad, dignidad, igualdad, no discriminación, y en el enfoque diferencial y de género en la prestación de los servicios de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. El Modelo de Atención establece la forma como se estructuran y proveen los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, así como el trabajo intersectorial, con un primer nivel conformado por Equipos Básicos de Salud y Centros de Primer Nivel de Atención en Salud -CAPS-, que constituyen el primer contacto con el Sistema de Salud, que integran y coordinan el proceso de atención, y que forman parte de las Redes	Este artículo recoge la intención del modelo preventivo, predictivo y resolutivo con sus ejes. Se considera que ya se encuentra incorporado en el PL 312, con una redacción más concisa.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 fortalecer 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 Salud- RIITS 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 morbilidad y 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.	Integrales e Integradas de Servicios de Salud. **Artículo 7. Ejes del Modelo de Atención en Salud**. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de salud tendiente a resolver las necesidades de la población y la predicción con base en la información oportuna, constituyen los ejes del Modelo de Atención en Salud con enfoque territorial, lo que se suma a las políticas transectoriales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población. La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado. La prevención de la enfermedad es el conjunto de acciones, estrategias y medidas sociosanitarias orientadas a disminuir oportunamente el riesgo de enfermar, y a la detección temprana de la evolución de una patología o situación de desequilibrio emocional, mental o físico en las personas y en las comunidades. El eje de atención resolutivo, integra todos los niveles de complejidad en la prestación de los servicios con la	Este artículo recoge los ejes del modelo preventivo, predictivo, resolutivo y se encuentran incorporado en el artículo 3 del PL 312.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	finalidad de dar solución a todas las necesidades de atención en salud de la población tanto en lo individual como en lo colectivo. La predicción en salud se genera con base en la información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y de participación social e intersectorial; con ella se identifican factores o situaciones de riesgo, lo que permite desplegar con anticipación acciones protectoras y de gestión en salud pública, a través de políticas públicas.	
	CAPÍTULO II. PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD	
	Artículo 8. 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 la promoción, la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención de la enfermedad y la 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 Ministerio de Salud y Protección Social presentará, para su aprobación por parte del Consejo Nacional de Salud, el mecanismo técnico-científico dispuesto en el Artículo 4, Numeral 8, de la presente Ley.	Este artículo es de contenido de la Ley Estatuario, en la que el artículo 8 define el carácter integral con la que deben prestarse lo servicios y tecnologías; y el artículo 15 reitera el concepto de integralidad y define los criterios de exclusión. En cuanto al "mecanismo técnico-científico dispuesto en el Artículo 4, Numeral 8, de la presente Ley", se recuerda que tal mecanismo fue declarado es inconstitucional, por la Sentencia C 313 de 2014. (ver nota realizada para el artículo 4). Artículo 8. La integralidad. Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
		específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
		Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud. Parágrafo 2. Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
		nulidad y otras acciones contencioso-administrativas. Parágrafo 3. En ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.
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; así como 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		El PL 135 no trae consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción. **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 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 definirá 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,	**CAPÍTULO II: CONSEJO NACIONAL DE SALUD** **Artículo 3. Consejo Nacional de Salud.** Créase el Consejo Nacional de Salud -CNS- como un organismo	Se coincide en la intención de conformación del Consejo Nacional de Salud como una instancia de

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Innovón, 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. 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,	del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con las competencias necesarias para adoptar las políticas públicas dirigidas a garantizar la vigencia de los principios y directrices trazados por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y, por la presente Ley, y para vigilar que ellas se cumplan. 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, quien 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 Ministerio de Salud y Protección Social. 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;	dirección del sistema de salud, para de esta manera instaurar un mecanismo de gobernanza colegiada que enriquezca el sistema de salud en términos técnicos y de legitimidad ciudadana. Con base en la propuesta del PL 135 y de las mesas técnicas se incluye como miembros del Consejo Nacional de Salud con voz y voto las Gestoras de Salud y Vida y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Adicionalmente, se considera pertinente adicionar la participación del Invima y el INS con voz pero sin voto

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. 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, 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	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 voz, pero 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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	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 de honorarios y desplazamiento de los consejeros, al igual que el costo del soporte técnico y de 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 no gubernamentales, 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.	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 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. Cuórum**. El CNS y los Consejos Territoriales tendrán cuórum 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.	En relación con el cálculo de la UPC se reitera que su cálculo, se basa en estudio técnico, y que de acuerdo con el proyecto de ley 312, el Consejo Nacional de Salud participa en su definición; de manera tal que no se considera necesario contratar un estudio técnico adicional para su cálculo. De forma adicional, las funciones propuestas para el Consejo Nacional de Salud por el PL 135 le asignan funciones que en la actualidad tiene la Comisión Intersectorial de Salud Pública. Vale mencionar también que el mecanismo para la inclusión de beneficios en salud, que menciona el numeral 8, resulta

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	3. Impulsar la 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 que, en todas las políticas, se tengan en cuenta criterios y conceptos de salud para buscar sinergias económicas y programáticas, y para que consideren las implicaciones sociales 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 Ministerio de Salud y Protección Social sobre los resultados del goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En caso de no aprobar el informe, comunicar el hecho 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	inconstitucional, toda vez que en la Sentencia C- 313 de 2014 *"Para la Sala, la configuración por el legislador ordinario de un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para el logro progresivo de beneficios no resulta inconstitucional, lo que resulta inconstitucional es que el proyecto estime que se deben definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema, cuando, en el mismo artículo 15 se ha establecido un régimen taxativo de exclusiones. Por ello, en aras del goce efectivo del derecho y, atendiendo que salvo lo excluido, lo demás está cubierto, se impone, excluir del ordenamiento jurídico la expresión "para definir las prestaciones de salud cubiertas por el sistema". Con ello, se preserva un mecanismo ajustado a la constitución y se retira del proyecto un telos que no se corresponde con lo dispuesto en los artículos 2º y 49 de la Carta"* Finalmente, es menester aclarar el carácter de las decisiones y recomendaciones del CNS no pueden ser vinculantes, dado que la Ley 489 de 1998 orienta a través de su artículo 6 la función administrativa, y del principio de coordinación y colaboración entre las autoridades administrativas para garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los cometidos estatales; del mismo modo, en el artículo 38, cuando contempla la estructura del estado, incluyó dentro del sector central los consejos superiores de la administración, y en su parágrafo 2

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	dispuesto en las normas vigentes, y proponer los ajustes y modificaciones pertinentes. 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 conforme a lo estipulado en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, según propuesta presentada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en salud – IETS - para ampliar progresivamente los beneficios del Sistema de Salud, presentado a consideración del CNS. 9. Aprobar los informes anuales de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, y formular recomendaciones. En caso de no aprobar el informe, comunicar el hecho de manera motivada a las autoridades competentes. 10. Emitir concepto vinculante sobre el ajuste anual propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social 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 Ministerio de Salud y Protección Social sobre el avance del Sistema Único de Información	señaló claramente que, además de estos, funcionarían otros organismos consultivos o coordinadores "con carácter permanente o temporal y con representación de varias entidades estatales y, si fuere el caso, del sector privado, los que la ley determine". En el caso de las entidades descentralizadas que pueden participar en el CNS, se recuerda que el artículo 46 de la Ley 489 de 1998 por la que se establece la organización y el funcionamiento de las entidades del orden nacional, define que "los organismos y entidades descentralizados participarán en la formulación de la política, en la elaboración de los programas sectoriales y en la ejecución de los mismos, bajo la orientación de los ministerios y departamentos administrativos respectivos". Adicionalmente, en el marco de la arquitectura institucional del Estado, estos organismos han de entenderse como órganos colegiados en los que concurren entidades de varios sectores administrativos, cuya finalidad es la de asesoría, coordinación y orientación superior, entre otras, en la ejecución de ciertas funciones y servicios públicos, donde se hace necesaria la concurrencia de diferentes actores, sin perjuicio de las competencias específicas de cada uno de ellos. De otro lado, el Consejo de Estado en el Concepto 2051 del 15 de marzo de 2011, precisó que "un ministro sólo puede delegar funciones en los empleados

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 Ministerio de Salud y Protección Social. 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.	públicos de los niveles directivo y asesor de su Ministerio. El ministro no puede delegar en particulares ni en funcionarios de entidades adscritas al Ministerio" por lo que el CNS al incorporar en su composición a actores económicos y de la sociedad civil (privados) se trataría de una instancia que apoya a la dirección con un carácter consultivo que brinda recomendaciones e insumos para la toma de decisiones públicas, por lo que en razón de consideraciones de constitucionalidad, el CNS no puede darle órdenes al poder ejecutivo (Ministro de Salud y entidades de la administración nacional) ni ejercer sus funciones.
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	**Artículo 20. 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.	Se coincide en el propósito de que la transformación del sistema se debe tener como pilar un sistema de información único. Se acoge la iniciativa y se enriquece el texto del PL 312 con algunos elementos descritos en el PL 135.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno Nacional.	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 a partir de la entrada en vigencia de 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 mismo, establecerá el uso que se dará a tales dineros, y consignará todo lo concerniente en un plan que no podrá exceder los cinco (5) años, contados a partir de la fecha de promulgación de la presente Ley.	
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		El PL 135 no trae consideraciones al respecto

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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.		
TÍTULO III: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD	**TÍTULO IV: GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD**	
Artículo 8. Obligatoriedad de las cotizaciones. 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; 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. 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		El PL 135 no trae consideraciones al respecto

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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	**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 la UPC destinados a la prestación de servicios de salud,	Las dos propuestas coinciden en: - El fortalecimiento ADRES. - Hacer públicas las transacciones del sistema. - Realizar el pago directo a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud. - Desarrollar el rol de pagador único para la ADRES Sin embargo, el artículo del PL 135 mantiene el control y manejo de los recursos públicos del sistema de salud, con la figura "sin situación de fondos" en cabeza de instituciones privadas (Entidades Gestoras de Salud y Vida) lo cual no coincide a la propuesta de PL 312 y la transformación deseada. Al mantener el control del uso de la UPC, las GSV continúan con el rol de aseguradoras, que tienen las actuales EPS; bajo esa lógica

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 pública, privada y mixta. 5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS 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 promuevan 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	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 auditorías y validaciones que 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, y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema de Salud, en los términos de la presente Ley. 7. Ejecutar auditorías aleatorias y, según la necesidad, auditorías por excepción para verificar la calidad de la auditoría realizada por las EGS de forma tal que, con ellas, promueva la eficiencia en la gestión de los recursos y evite la sobre exposición del patrimonio público. En caso de que una gestora presente excedentes de la titularidad de sus UPC, la ADRES procederá a hacer la respectiva auditoría. En cualquier caso, los excedentes de UPC deberán ser reinvertidos en mejoras de la atención en	tendrían la obligación de asumir la administración del riesgo financiero, lo que desvirtúa la esencia de la propuesta del PL 312. La realización del giro directo de los pagos de ordena y decide la EPS, no significa la transferencia del riesgo financiero, ni el fin de la intermediación financiera. En ese escenario no es justificable que el Estado asuma el riesgo financiero, cuando no tiene control sobre los recursos.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. 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 públicas todas las transacciones y reconocimientos 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. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados por los diferentes proveedores, de acuerdo a lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos	salud de su población afiliada. En el caso en que las UPC sean insuficientes para una gestora específica, la ADRES procederá a hacer la respectiva auditoría para verificar la contratación con los prestadores de servicios. 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 de 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 para 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 Ministerio de Salud y Protección Social 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
actores del sistema. 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 Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - 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. 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. 19. Establecer, 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. 20. 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	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 Ministerio de Salud y Protección Social, 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 Ministerio de Salud y Protección Social, 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
complejidad de la población. 21. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo. 22. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión que el Ministerio de Salud y Protección Social ordene. 23. 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. **Parágrafo 2.** Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional 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	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 maneja la Administradora de los Recursos de Salud 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 expedición de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público junto con la Administradora de los Recursos de Salud, 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 entrada en vigencia 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. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES. **Parágrafo 3.** La Administradora de los Recursos de Salud deberá hacer	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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.	audiencias de rendición de cuentas de su gestión y de los resultados que obtenga, ante el Consejo Nacional de Salud. **Parágrafo 4.** Las auditorías a que hace referencia el Numeral 7 de este Artículo, se harán según reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, para lo cual este ente debe tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios: resultados y desenlaces en salud; experiencia del paciente; calidad y solidez del diseño y de la ejecución de los planes de auditoría de la calidad de la atención en salud, incluida la auditoría de cuentas por servicios de salud, que, en sus modalidades concurrente y retrospectiva, deben adelantar las EGS; y las desviaciones materiales que, en cuanto a las cuentas, sean evidentes en el desempeño de las gestoras.	
	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.	El Estado no se constituye como una aseguradora, por lo tanto, para la garantía del derecho fundamental a la salud no requiere constitución de reserva técnica.
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	**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	Se coincide en la necesidad de incluir nuevas fuentes de financiamiento al sector salud. En la ponencia para primer debate se incluyen: - Impuestos saludables - Modificación de la destinación

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes: 1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones. 2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud. 4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 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 de las Entidades Territoriales provenientes	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 el año inmediatamente anterior y el del incremento del salario mínimo legal vigente para dicha anualidad. 2. Se destinará de manera específica a financiar la universalización del aseguramiento en salud, así como los servicios y tecnologías incorporados en los Planes de beneficios en salud, el recaudo de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 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 Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 2**. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá definir en un término no superior a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, en un plan financiero a diez (10) años,	de parte de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante. - Uso de saldos de cuentas maestras del régimen subsidiado - Excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales. - Excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta del sistema de salud.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES. 8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud. 9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro. 10. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, que el Ministerio de Salud y Protección Social determine. 11. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT que se cobra con adición a ella. 12. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - FONSAT creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991. 13. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES. 14. Los recursos que se recauden como consecuencia de	los recursos necesarios y las fuentes respectivas, para garantizar la viabilidad financiera del Sistema de Salud.	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP; los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal. 15. Los recursos destinados al financiamiento de los Residentes Médicos y otros programas de formación del talento humano en salud. 16. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud. 17. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes. 18. 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 del nivel primario, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y la operación de los equipos de salud territorial. 2. Soluciones de transporte		El PL 135 no tiene consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial. 3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley. 5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta. 6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal. 7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente ley. 8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. 9. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado. 10. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento. 11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias. 12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
aéreo. 13. El financiamiento de laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente ley. 14. 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. 15. La formación del talento humano en salud. 16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común. 17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. 18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes. 19. 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 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. 20. 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT. 21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidente de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la ley 2078 de 2021. 22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto. 23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 24. Financiamiento del alojamiento en albergues cuando sea necesario, en razón de la referencia de pacientes y acompañantes a instituciones de salud en ciudades distintas a su ciudad de residencia. 25. Las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas. 26. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES con recursos de inversión o funcionamiento. 27. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente ley. 28. Los gastos de funcionamiento de ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes. 29. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno Nacional. 30. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el sistema de salud.		
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		El PL 135 no tiene consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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.		
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		El PL 135 no tiene consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. 2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial, 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		El PL 135 no tiene consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 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 fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria. 3. Al transporte medicalizado		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
de los departamentos y distritos. Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria		
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 las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS. 2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y 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 para la 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		El PL 135 no tiene consideraciones al respecto

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, 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	**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 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-.	Se coincide en la propuesta de calcular la UPC en base los estudios técnicos, que reconozcan diferentes variables, y que esta debe ser suficiente. En este sentido se incorporan algunos criterios para el cálculo de UPC. El Consejo Nacional de Salud participa en la definición de la UPC.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 del nivel primario, 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 del nivel primario 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 los recursos financieros adicionales para asumir	**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y con 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 Administradora de los Recursos de Salud. 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, la 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 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	La modificación del SGP propuesta no permite el direccionamiento de recursos al nivel primario de atención de la magnitud que se pretende en la transformación del sistema.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. **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	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 con 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".	No es posible acoger la propuesta puesto que no comparte la intencionalidad central de la transformación del sistema de salud.
Artículo 17. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y		El PL 135 no tiene consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Salud - RIITS, 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 Salud - RIITS, 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 auditorias 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Entidad Territorial, según la presente Ley. 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 será contado 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	**Artículo 33. Sistema de Tarifas y Formas de Pago.** La Administradora de los Recursos de Salud hará efectivo el pago de los	Las dos propuestas coinciden con la determinación de un sistema de tarifas y formas de pago dentro del

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 territorial 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	servicios de mediana y alta complejidad que 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 Ministerio de Salud y Protección Social, 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, de 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 existan en cuanto a acreditación y calidad de los servicios, desarrollo de la infraestructura, competencias del	sistema de salud, que reconozca diferencias territoriales. Sin embargo, la propuesta del PL 135 no define techo para el sistema, lo cual estimula sobrecostos.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Territoriales de Salud - RIITS, 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	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 Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Salud, con base en las necesidades que surjan de los avances tecnológicos, de la práctica clínica y sus costos, del incremento anual del salario mínimo legal vigente y de la UPC, de la inflación proyectada, de la tasa de cambio representativa del mercado cambiario y de los demás factores determinantes que se consideren, de modo que las tarifas consulten los precios de mercado, la razonabilidad del gasto y la sostenibilidad fiscal del Sistema de Salud. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social 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 por diagnóstico,	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada territorial 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 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. **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.	cuando aplique, entre otros sistemas de reembolso.	
Artículo 19. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere 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	**Artículo 9. 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 Ministerio de Salud y Protección Social en la	Se coincide con el interés de garantizar los servicios sociales complementarios. Se incorporan ajustes de redacción.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. **Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional determinará el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado de cadáver al lugar de residencia, para de la población indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, estrato 1, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen.	reglamentación expedida dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley. En dicha reglamentación, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a la UPC, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.	
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.	**Artículo 10. 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 Ministerio de Salud y Protección Social, de manera progresiva, incrementará el número de semanas incluidas en esta prestación económica hasta alcanzar el estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.	Se comparte la intención de dar protección económica a las personas y mujeres gestantes no cotizantes con ocasión a la maternidad.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Las personas gestantes no cotizantes recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029. 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.	El gobierno nacional, en un término no superior a un (1) año posterior 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 vigencia de la presente Ley, salvo en lo previsto en este Artículo	
Artículo 21. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los requisitos para que a las Instituciones de Salud del Estado - ISE e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS privadas o mixtas, se les concedan créditos blandos con tasas compensadas, 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		El PL 135 no tiene consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.		
TÍTULO IV: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		
CAPÍTULO I: GESTORAS DE SALUD Y VIDA	**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 el riesgo financiero, 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 implican 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. La responsabilidad por el riesgo financiero está a cargo del Estado, quien lo gestionará principalmente a través de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES-.	La transformación de las EPS propuesta en el PL 135 no guarda ninguna coherencia ni similitud con la transformación propuesta para el sistema de salud, en la cual se desarrolla un protección colectiva al derecho fundamental a la salud. Adicionalmente, se reitera lo mencionado para el artículo 80, en razón a lo que implica el riesgo financiero.
Artículo 22. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que	**Artículo 25. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar**. Las	Al incorporar a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), el proyecto 135

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 - CAPS conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS 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	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 siempre y cuando dentro de los dos (2) años posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley, cumplan las condiciones de permanencia que le son atribuibles al tenor de las normas legales vigentes, más aquellas adicionales 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 Administradora de los Recursos del Sistema de Salud con recursos de subsidio a la oferta, conforme la organización de las RIISS, según lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley. 2. Durante los dos años previstos en este Artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social	involucra en la transformación del sistema a: - Empresas administradoras de los planes voluntarios en salud - Administradoras de Riesgos Profesionales - Entidades Pertenecientes al régimen excepción de salud - Universidad en sus actividades de salud Lo cual no es el objetivo de la transformación propuesta. Se coincide en el interés de territorializar la operación de las Gestoras de Salud y Vida.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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, si no ha sido implementado al momento de entrada en vigencia de la presente ley. 4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales 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 las mencionadas subregiones 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 Territoriales de Salud - RIITS que organicen las secretarias departamentales y 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	determinará, de acuerdo con las capacidades de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, la forma como se implementará el 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 Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en 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 Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en 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 treinta y seis (36) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Al finalizar dicho plazo garantizarán que quedan a paz y salvo respecto de todas las	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
de la presente ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS 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. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. 9. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual per cápita sin	deudas que tengan, dando prelación al pago de los compromisos con el talento humano, con independencia de su forma de vinculación. El pago de los compromisos con el talento humano será priorizado en una gestión coordinada entre las EGS y los prestadores que conforman las RIISS, de forma tal 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 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 Ministerio de Salud y Protección Social y del Consejo Nacional de Salud.	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 - EPS, 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, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS. **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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 sesenta (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		El PL 135 no trae consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 cuarenta y ocho (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 cuarenta y ocho (48) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los sesenta (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. **Parágrafo 1**. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud y otras fuentes de recursos legalmente establecidas. **Parágrafo 2**. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud - EPS que presenten el plan de habilitación y saneamiento 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 Entidades Promotoras de Salud - 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 treinta (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.	**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, y 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; registrar y carnetizar a los afiliados y remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, 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 en Salud, 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 de Servicios de Salud, con Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud 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 de la atención en salud y de cuentas médicas de manera concurrente y retrospectiva. 7. Aprobar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud para los pagos correspondientes, de acuerdo a las condiciones establecidas en el artículo 13 de la presente ley. 8. 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 Territoriales de Salud - RIITS para las subregiones funcionales para la gestión en 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 Territorial 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 Salud - RIITS. 5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución	Mantiene la figura de afiliación como requisito para el acceso a los servicios de salud; lo cual ha generado barreras de acceso. La transformación del sistema propuesta, en línea con lo dispuesto en la Ley Estatutaria en Salud, se debe garantizar atención en igualdad de acceso y oportunidad a todos los habitantes del territorio nacional (artículo 2 de la Ley Estatutaria). Por otro lado, el ordenamiento legal determina que es el Estado, en su nivel nacional o territorial, quien debe organizar la prestación de servicios de salud, es decir organizar y conformar las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. LEY 1751 DE 2015 LEY ESTATUTARIA *Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.* *LEY 1438 DE 2011* *Artículo 62. Conformación de redes integradas de servicios de salud. Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de*

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Territorial de Salud - RIITS. 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 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 Territoriales de Salud - RIITS, 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 Salud - RIITS 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 Salud -	con el mecanismo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. 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 Ministerio de Salud y Protección Social. 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, servicios que deberán proveerse 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 Ministerio de Salud y	*Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red. Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia* LEY 1966 DE 2019 LEY 1966 DE 2019 Artículo 7°. Reorganización y racionalización de las redes prestadoras de servicios de salud. Los Departamentos, en coordinación con los Municipios de su jurisdicción, y los Distritos, reorganizarán la oferta de prestación de servicios de salud teniendo en cuenta los prestadores públicos, privados y mixtos. También promoverá la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, privilegiando la red pública y atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
RIITS. 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,	Protección Social. 17. Operar en los territorios donde hayan obtenido la autorización, salvo en casos de movilidad de la población, respetando el principio de portabilidad. **Parágrafo:** Para efectos de garantizar que las EGS manejen en forma costo-efectiva los recursos de la UPC que les son asignados, el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta Ley, expedirá un reglamento para incentivar o sancionar a las EGS de acuerdo con su gestión. Tal reglamento deberá sustentarse, entre otros, en criterios tales como resultados o desenlaces en salud de la población afiliada, satisfacción de los pacientes, eficiencia en el uso de los recursos y, en general, calidad del desempeño de cada gestora, y deberá definir el nivel deseable y progresivo de los indicadores para cada criterio para, así, determinar las EGS que se hacen merecedoras de incentivos o sanciones respecto del valor que reciben en cumplimiento de sus funciones.	las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en materia del control de integraciones empresariales y además las normas especiales que aplican al sector salud sobre tales materias. El resultado de los citados procesos podrá ser la conformación o reorganización de Empresas Sociales del Estado con Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, del orden departamental, distrital o municipal, que puedan tener una administración común, responsables de la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad, incluidos sus procesos internos. Lo anterior sin afectar la prestación del servicio de salud a los usuarios. El Gobierno nacional, en un plazo de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente ley, reglamentará la organización y la operación de la red prestadora de servicios de salud. De manera tal que entregar a las Gestoras de Salud y Vida la facultad de organizar la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud, va en contra del marco legal vigente. En relación a las funciones: 6, 9, 12,13, 14, 15, 16 y 17 se guarda relación con la transformación planteada y se consideran incluidos en el PL 312.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
pertinencia, seguridad y eficiencia. 16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS 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 Salud - RIITS, 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 Salud - RIITS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES para los pagos a que haya lugar. 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 las subregiones donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida. 22. Realizar la gestión y validaciones necesarias 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 Salud - RIITS 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. **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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 cinco por ciento (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 treinta por ciento (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 tres por ciento (3%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación asignada para financiar la atención	**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 este concepto será el definido por el Consejo Nacional de Salud.	La propuesta del PL 135 genera vacío sobre el pago a las Gestoras por las labores realizadas, toda vez que no estima plazo para la realización de la investigación técnica planteada; por otro lado, al eliminar los regímenes subsidiado y contributivo, no habría claridad sobre "el costo administrativo vigente" mientras se realiza la investigación correspondiente.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 28 de la presente ley. Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos disponibilidad presupuestal.		
CAPITULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS	**CAPÍTULO IV. REDES INTEGRALES E INTEGRADAS**	
Artículo 26. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS. 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 Salud (RIITS), 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 de salud 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	**Artículo 14. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.** De conformidad con lo dispuesto en el 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 servicios 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 de las comunidades residentes en un territorio o región que podrá corresponder a una o varias divisiones político-administrativas, según lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social.	Se comparte la intención de desarrollar Redes Integrales e Integradas de Salud que respondan de forma integral a las necesidades de salud de la población. Dichas Redes deberán estar conformadas por prestadores públicos, privados y mixtos. Se integra en la ponencia para primer debate la aclaración de que no se requieren autorizaciones para transitar al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud; lo cual se incluye en el artículo de referencia y contrarreferencia. Sin embargo, se considera que la propuesta del PL 135 de creación de una figura jurídica nueva para la conformación de las Redes, que integre a los prestadores privados, públicos y mixtos, que tenga la competencia de contratación, introduce serias complejidades jurídicas para la operación de las instituciones y establece una doble intermediación; por lo tanto, no se considera viable

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Salud – RIITS. 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	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.	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. El seguimiento al convenio de desempeño lo harán las Gestoras de Salud y Vida. En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud - 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 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS y deberán 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 Salud – RIITS. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS 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 Salud – RIITS. **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.		
Artículo 27. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas		El PL 135 no contiene artículo relacionado.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Territoriales de Salud – RIITS. Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales 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 el 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 Salud - RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.		Aunque en el artículo de Gestoras de Salud y Vida otorga esta competencia Estatal a dichas entidades. Ver comentario realizado para el artículo 26.
Artículo 28. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS, con fundamento en los ámbitos de abordaje. **1. Modelo de atención**. Modelo centrado en la persona, la	**Artículo 16. 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	El PL 312 utiliza la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud en cuanto a los Criterios Determinantes de las Redes y sus ámbitos de abordaje. Lo cual incluye en el segundo ámbito la Rectoría y Gobernanza de la Redes.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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, socios anitarios 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 y 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,	medio de un sistema apropiado de referencia y contrarreferencia. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un término no superior a seis (6) meses una vez entre 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	
	Artículo 18. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, 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	La propuesta de la OPS sobre los criterios determinantes de las Redes, contenida el PL 312, en la materia orienta el proceso mediante el cual se deben organizar y conformar las Redes Integrales e Integradas Territoriales para la satisfacción de las necesidades de salud de la población; cuestión que es de mayor envergadura que solamente los detalles contractuales que plantea el PL 135

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 tres por ciento (3%). Los incentivos serán progresivos y	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 Ministerio de Salud y Protección Social 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 en la norma que la sustituya,	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
estarán sujetos disponibilidad presupuestal. 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 Salud – RIITS 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 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 Salud - RIITS.	complemente 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 ejercerá la inspección, vigilancia y control de las RIISS. 7. La auditoría de las cuentas de prestación de servicios de salud corresponderá a las Entidades Gestoras de Salud. 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 Ministerio de Salud y Protección Social la caracterización y la capacidad instalada de los servicios de todas las IPS habilitadas en el respectivo territorio.	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Salud - RIITS; junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS 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	**CAPÍTULO III. NIVELES DE COMPLEJIDAD** **Artículo 11. 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 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 en aquellos municipios donde de conformidad con lo definido por el Ministerio de Salud Social sea indispensable para garantizar su operación. En los demás municipios, los CAPS se financiarán por subsidio a la oferta y por venta de servicios de conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en un término no mayor a seis (6) meses. Adicionalmente se contemplará un componente variable de incentivos asociados a los resultados en salud y al logro de metas de desempeño, según las modalidades que establezca el MSPS **Parágrafo**. 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 Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la	Esta propuesta de CAPS restringe la capacidad resolutiva que puedan tener estas instituciones, al clasificarla como "de baja complejidad"; igualmente, lo hace al sustraer las actividades de adscripción, acciones de vigilancia en salud pública, gestión intersectorial articulación con las gestoras y participación social. Igualmente, se propone que algunos CAPS sean financiado por oferta y otros tengan venta de servicios; lo cual impediría el desarrollo del fortalecimiento del nivel primario de atención, en el marco de la orientación del sistema de salud hacia la atención primaria.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 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.	entrada en vigencia de la presente Ley **Artículo 12. 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 de 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. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes 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	Esta propuesta determina que los Equipos Básicos de Salud dependen de la Entidad Territorial, lo que genera una desarticulación con los servicios de salud, que es el escenario natural de este tipo de estrategias de atención, limita su acción y restringe su financiación. La propuesta de transformación del sistema de salud reconoce a los Equipos Básicos de Salud o Equipos de Salud Territorial como el equipo con el que la población construye un vínculo a largo plazo, y que acompaña a los individuos y familias a lo largo de la vida para orientarlo en el proceso de cuidado. La propuesta del PL 135 no trasciende del enfoque estrictamente colectivo que hoy tienen en la actualidad tienen los Equipos Básicos.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 pública, privada y 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.	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, y 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 de prevención de la enfermedad mediante la identificación del riesgo en	En línea con el comentario sobre el artículo anterior, las funciones de los Equipos acá planteadas restringen la capacidad de acción de uno de los elementos de mayor potencia en la Atención Primaria en Salud, como lo son los equipos intra y extramurales de atención.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 las autoridades locales, con los otros sectores económicos y con la población, las acciones intersectoriales que promuevan la mejora de la calidad de vida.	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 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		El PL 135 no trae consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Salud - RIITS 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS. 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS 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 Salud - RIITS, 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.		
	Artículo 14. 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, 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 Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la	Esta propuesta se encuentra en contradicción con la Atención Primaria en Salud, en la cual es en el nivel primario de atención (CAPS) el centro del cuidado de la salud de la población. Por el contrario, esta propuesta dota al nivel especializado (mediana y alta complejidad) de las funciones de gestión intersectorial y participación social y lo vuelve el centro del cuidado, reafirmando un sistema de salud centrado en la enfermedad.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 Ministerio de Salud y Protección Social. 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-.	
	Artículo 36. Servicios farmacéuticos. Los servicios farmacéuticos de las IPS y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud son servicios de salud y hacen parte del Sistema de Salud. El Estado tomará 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	Que los servicios farmacéuticos sean servicios de salud, se encuentra incorporado en el PL 312. Esto implica que deba cumplir unas condiciones para su operación (habilitación) y que hagan parte de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud. Igualmente, las acciones de monitoreo y seguimiento que se realicen a todos integrantes de la Red.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	servicio. 3. El Ministerio de Salud y Protección Social 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 dispensen medicamentos o tecnologías en salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán inscribirse y demostrar ante las direcciones territoriales de salud que cumplen los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico, es decir, capacidad tecnológica y científica 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, incluida la dispensación a domicilio sin costo	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	adicional cuando esta sea necesaria. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad 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.	
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 Salud - RIITS que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud. Se entiende por resolver una referencia programar y conseguir la atención que el paciente requiere,	**Artículo 17. 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, dentro de lo cual establecerá un Sistema de Indicadores e Incentivos con tiempos específicos que garanticen la oportunidad y el flujo de pacientes entre los diferentes niveles de complejidad ascendente o descendente	Se comparte la intención de agilizar los procesos de referencia y contrarreferencia. El Sistema de Indicadores e Incentivos sobre tiempos de flujos de pacientes se incluye en los criterios de los incentivos.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
agenciando debidamente el tránsito a través de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud - RIITS, 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
coordinación de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud - RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. 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 Salud - RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible. 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 Salud – RIITS, 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.		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 18. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras, catastróficas o de alto costo. El Ministerio de Salud y Protección Social 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 Ministerio de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, garantizarán la financiación de la prestación de los servicios de salud para la atención integral de los enfermos con	Los aspectos acá enunciados se encuentran en la Ley 1392 de 2010 y en el Plan Nacional de Gestión de Enfermedades Huérfanas / Raras. Por lo tanto, no requiere incluirse en una nueva ley.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 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		El PL 135 no tiene propuesta al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 desarrollo de las capacidades de las direcciones territoriales de salud se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud en el fondo único de salud, para cada entidad territorial, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud Protección Social. Este desarrollo de capacidades de gestión será gradual y progresivo, priorizando las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional.		
CAPÍTULO III: INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO	**CAPÍTULO V: RED PÚBLICA NACIONAL DE SALUD**	
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	**Artículo 21. 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, y financiada con subsidios a la oferta y a la demanda de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal, recaudados por la Administradora de los Recursos del Sistema de	Este artículo propone como vinculante para la expansión de la Red Pública Hospitalaria al Consejo Nacional de Salud, lo cual se considera que riñe con la autonomía territorial y con el criterio técnico que permite el Análisis Funcional de Red, sobre el que se deben organizar las RIITS. Adicionalmente, la transformación propuesta para las ISE como instituciones garantes del derecho

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 5 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.	Salud, 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 Ministerio de Salud y Protección Social elaborará en un término no mayor a un (1) año, posteriores a la entrada en vigencia de 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.	fundamental a la salud supera la lógica de subsidio a la oferta y la demanda, puesto que el financiamiento de estas instituciones se hará para garantizar su operación.
	Artículo 22. Objeto, naturaleza y régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado. Las actuales Empresas Sociales del Estado -ESE-, en adelante se denominarán Instituciones de Salud del Estado - ISE-, y su 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	Se comparte el espíritu de transformación de la Empresas Sociales del Estado - ESE en Instituciones de Salud del Estado – ISE. Los contenidos de este artículo se consideran incorporados en la versión del PL 312.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 identifiquen la necesidad de	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. 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 Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico 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.	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 continuará rigiéndose por las disposiciones de carácter especial que lo regulan. **Parágrafo 2.** Aquellos establecimientos públicos creados por la ley, por asambleas departamentales, consejos distritales o municipales, que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental seguirán funcionando como lo hacen en la actualidad.	
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 las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.	**Artículo 23. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado**. Los presupuestos de las ISE se sujetarán a 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. El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta: 1. La tipología territorial y el nivel de cada ISE.	Los contenidos de ambos artículos guardan gran similitud. Se considera incluido en el PL 312.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. 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.	2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y el 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 incluidos los Equipos Básicos 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 los 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 Ministerio de Salud y Protección Social. 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. **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.	cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño. En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud 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. 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 Ministerio de Salud y Protección Social 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 Ministerio de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley, expedirá los lineamientos que se requieran para	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	el desarrollo de lo dispuesto en el 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 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 PL 135 no hace mención al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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		El PL 135 no hace mención al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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.		
TÍTULO V: PERSONAL DE SALUD		
Artículo 37. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno Nacional creará un programa de becas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. 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	**Artículo 44. 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 especialistas en áreas médico-quirúrgicas 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,	Se comparte el espíritu de desarrollar un programa de becas para aumentar la disponibilidad de especialistas médico-quirúrgicos; puesto que ahí se concentra el déficit de personal de salud; por lo tanto, se mantiene la intención de desarrollar un programa de becas pero no se acoge la propuesta de incluir campos del conocimiento de la administración en salud.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno Nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.	enfermería y otras profesiones del sector salud que el Ministerio de Salud y Protección Social considere priorizadas. **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 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 dichos profesionales especialistas y posgraduados. **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.	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Artículo 38. 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 Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), 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 corresponda entre 1 a 3000 personas al año y de 8 UVT para los que reporten un número de graduados de más de 3000, a la fecha de la mencionada solicitud. Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40% del costo de por primera vez.	**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 primera 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".	Se acoge la propuesta, con ajustes de redacción
	TÍTULO VI: RÉGIMEN LABORAL PARA EL SECTOR SALUD	
	CAPÍTULO I: RÉGIMEN LABORAL ESPECIAL	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Artículo 39. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado - 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 noventa por ciento (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.	**Artículo 39. 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, señalarán 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	Se considera que los contenidos del artículo del PL 135 se encuentra contenido en la versión del PL 312.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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, la 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.	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, de la Ley 909 de 2004 y de 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 entrada en 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 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.	o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la entrada en 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 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 entrada en 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.	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Artículo 40. Régimen especial para trabajadores púbicos del sector salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los primeros seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente ley, previa concertación con representantes de las organizaciones sindicales del sector salud, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, entre otros.	**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 el régimen laboral especial para el sector de la salud, que será concertado con representantes del sector. Este régimen, entre otros aspectos, incluirá:	El PL 135 propone régimen especial para todos los trabajadores de la salud, si bien plantea el contenido del dicho régimen no ofrece camino reglamentario para su desarrollo.
Artículo 41. 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	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 estan 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán 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	laboral tendrá derecho a una remuneración oportuna. Se entiende que el pago es oportuno cuando se hace 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 en las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y en las 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 la Ley 2121 de 2021 o en la norma que la sustituya, modifique o derogue. 7. **Prestaciones económicas.** Los	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería. **Artículo 42. 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	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 quienes laboren en zonas marginadas según lo definido 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 cuenta las 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-.** El servicio social obligatorio 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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.	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 establecidas en el currículo universitario, las IPS, públicas o privadas, en coordinación con las Instituciones de Educación Superior -IES-, deberán garantizarles a estos profesionales el traslado, el alojamiento y la alimentación durante la rotación, y reconocerles 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. Si las médicas o médicos residentes se vinculan a los Equipos Básicos de Salud, las ISE o las IPS privadas deberán contratarlos a término fijo como trabajadores de la salud. 12. **Condiciones especiales para ejercer el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las especializaciones médicas (Residentes) y de otras profesiones del sector salud.** El Ministerio de Salud y protección social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del servicio social obligatorio, médicos Residentes y otras especializaciones de profesiones del sector salud en materia de salud mental y	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	acompañamiento psicoemocional, garantías de protección de la vida e integridad de los profesionales para el ejercicio de su labor y acceso meritocrático a las plazas en concordancia con la normatividad aplicable a la materia. 13. **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. 14. **Profesionales especialistas**. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta, las EGS y las 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 y justas, ausencia de cláusula de exclusividad, 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. 15. **Límite salarial**. En ningún nivel territorial la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	establecer los emolumentos del talento humano en salud. 16. **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. 17. **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 en 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, destinados al pago que por concepto de honorarios o salarios se adeuden al talento humano en salud. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	general, deberán estar vinculados mediante contrato de trabajo conforme los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, de las convenciones colectivas de trabajo vigentes y de las demás normas concordantes. Los términos de transición para la formalización de estos trabajadores serán los establecidos en el Parágrafo 1 del Artículo 22 de la presente Ley. **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. **Parágrafo transitorio:** El mismo término de pago oportuno establecido en el Numeral 13 del presente Artículo será aplicado para aquellos trabajadores próximos a acogerse a la formalización laboral de que trata el Parágrafo 1 del Artículo 22 de la presente Ley y el Parágrafo 1 del presente Artículo, que culminará una vez sean vinculados a las plantas de personal de las instituciones.	
	CAPÍTULO II: AUTONOMÍA PROFESIONAL	
	Artículo 40. 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	Este es un artículo de contenido estatuario, de acuerdo con la Sentencia C-313 de 2014. De acuerdo con la Ley 1751 de 2015:

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y el 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 por la continuidad e integralidad del ciclo de atención de la condición médica. Estos Comités operarán con pleno respeto de la autonomía profesional y del derecho a la objeción de conciencia, fundamentados en la Lex Artis de cada profesión, orientados por los protocolos y las 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 Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los	Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias. Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley	
	Artículo 41. 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 o 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	El artículo no aborda lo determinado por la Corte Constitucional al respecto sobre: excepciones de aplicación de dicho procedimiento y tiempo máximo de espera para la resolución. Sentencia C 313- 2014: «[…] la declaración de exequibilidad del artículo 16 de la ley estatutaria sub examine, implica que el procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud, de que trata dicha norma, no se oponga a la Constitución, principalmente a los principios, de oportunidad, eficiencia y acceso efectivo que caracterizan al derecho fundamental a la salud, para lo cual es menester que el mismo no opere cuando del diagnóstico y/o terapia de recuperación se advierta cualquier riesgo para la vida o integridad del paciente, a menos que este, o quien lo legítimamente lo represente, lo solicite como una segunda alternativa o criterio; situación en la que dicho procedimiento deberá adecuarse al modo y celeridad que, según la urgencia, demande cada caso. En los restantes eventos, dicho trámite no excederá el término de 7 días, ni deberá desarrollar escenarios como los que se rechazan en este acápite de la providencia.»

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 siendo atendido por él. En todo caso, se respetará el derecho al consentimiento informado del paciente.	
	TÍTULO VII: POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD	
	Artículo 42. 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 tendrá 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	La Política Intersectorial del Talento Humano, la cual tiene un eje de formación, se encuentra en actualización por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, no se requiere de nuevo mandato legislativo para la actualización.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 para 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 este Artículo	El contenido de este artículo se incluye en el artículo sobre el Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud
TÍTULO VI: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	**TÍTULO VIII: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL**	
Artículo 43. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: Ejes del Sistema de		El PL 135 no aborda la materia

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
Inspección, Vigilancia y Control, el cual quedará así: Prestación de servicios de atención en salud. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para goce efectivo del derecho fundamental a la salud		
Artículo 44. Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 por 2019: Infracciones administrativas, el cual quedará así: No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, pago de salarios y de seguridad y salud en el trabajo.		El PL 135 no aborda la materia
	Artículo 45. Inspección, vigilancia y control en el Sistema de Salud. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, que está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, se realizará conforme lo definido en la Ley 1122 de 2007; sin embargo, en desarrollo de la	Las funciones acá descritas se encuentran en la Ley 1122 de 2007. Numeral 9 del decreto orgánico de salud, que fue declarado inconstitucional Se propone que sea el Ministerio de Salud y Protección Social quien defina las intervenciones, lo cual

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	presente Ley el alcance de la función de inspección incluirá solicitar, confirmar y analizar en detalle las evaluaciones generales y los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud -CNS- y por los Consejos Territoriales de Salud, así como los reportes generados por el Sistema Único de Información en Salud -SUIS-, por las visitas, las auditorías, 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. Ejercer la inspección, vigilancia y control a la ADRES. 2. Ejercer la 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 las funciones señaladas en las normas legales vigentes. 3. Realizar investigaciones administrativas a las entidades que incumplan su obligación de hacer el pago oportuno a los profesionales y trabajadores de la salud que estén vinculados a	generaría un riesgo sistémico sería inconveniente para el sector. Se incluye en la ponencia la obligatoriedad de que la SNS rinda un informe anual al CNS.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 al 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 la 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 de 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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	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 Ministerio de Salud y Protección Social. En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud 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 Ministerio de Salud y Protección Social, 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 Consejo Nacional de Salud 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 46. 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	Afecta lo límites de las normas existentes en las normas de conciliación. La conciliación de oficio no es pertinente para este caso.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
	la Ley 1122 de 2007, modificado por el Artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud podrá 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, y que afecten 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 VII: DISPOSICIONES GENERALES		
Artículo 45. 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		El PL 135 no hace consideraciones al respecto

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 46. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e		El PL 135 no hace consideraciones al respecto.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 período 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 47. 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.	**Artículo 48. Regímenes exceptuados y especiales.** Las disposiciones de los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán produciendo plenos efectos, en el marco de 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 y de la Empresa Colombiana de Petróleos - Ecopetrol-, continuarán vigentes, y se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley en los términos previstos en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1993.	Los contenidos son los mismos, se considera incluido en el PL 312.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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.	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.	
TÍTULO VIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS	**TÍTULO IX: DISPOSICIONES FINALES**	
Artículo 48. 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 período de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. 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 explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.	**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 Ministerio de Salud y Protección Social, 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	El contenido de este artículo se encuentra contenido en el numeral 13 del artículo 48 del PL 312
	Artículo 46. Transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de las presentes normas, que en ningún caso durante el período de transición se podrá dejar	El proceso de transición propuesto resulta insatisfactorio para los procesos necesarios a llevar a cabo.

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, 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.	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	

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Unidad de Pago por Capitación - 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.		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Unidad de Pago por Capitación - 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
sea viable su operación. b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden Entidades Promotoras de Salud - EPS, 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. 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 adscripción territorial de la población y la estructuración del		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 Territoriales de Salud - RIITS. 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 Salud – RIITS que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 - CAPS. 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de salud del Estado se reconocerán gradualmente apropiaciones		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud. 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		

Texto de Proyecto de Ley No. 312 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*	Texto de Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara *"Por medio de la cual se 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 y se dictan otras disposiciones"*	Informe de acumulación
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 el 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 49. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias	**Artículo 49. 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 y 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 y 30 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 62, 63, 64, 105 y 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.	Si bien es más detallado en cuanto a las derogatorias, no contiene todas las normas derogadas con la transformación propuesta.
	TITULO V: POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL	
	Artículo 35. Características de la Política Farmacéutica Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social 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 en 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 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. Adicionalmente, se desarrollarán las negociaciones centralizadas en la compra de medicamentos de interés en salud pública, según lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El mencionado ministerio, 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.	Ese acuerdo con la Sentencia C – 313 de 2014, esta es materia estatutaria. Sentencia C – 313 de 2014. "El mandato legal corresponde a la esfera del legislador estatutario, pues, compromete directamente un factor determinante para la garantía de tres elementos esenciales del derecho a la salud, cuales son la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad… "

SÍNTESIS

Los Proyectos de Ley No. 312 de 2024 Cámara y 135 de 2024 Cámara, guardan coherencia en relación con:

- Desarrollo de Modelo preventivo, predictivo y resolutivo (artículos 6, 7)
- Conformación del Consejo Nacional de Salud (artículo 3)
- Desarrollo de Sistema único de información (artículo 20)
- Cálculo de Unidad de Pago por Capitación basado en estudios técnicos (artículo 29)
- Determinación de sistema de tarifas y formas de pago que reconozca las diferencias territoriales (artículo 33).

- Reconocimiento y pago de Servicios sociales complementarios (artículo 9).
- Se comparte la intención de dar protección económica a las personas y mujeres gestantes no cotizantes con ocasión a la maternidad (artículo 10)
- Territorialización de Gestoras (artículo 25)
- Algunas funciones de las gestoras (numerales 6, 9, 12,13, 14, 15, 16 y 17 del artículo 26).
- Desarrollo de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS (artículo 14).
- Incorporar a los Servicios farmacéuticos como servicios de salud (artículo 36)
- Agilizar sistema de referencia y contrarreferencia y eliminar las autorizaciones (artículo 17)
- Transformación de la Empresas Sociales del Estado - ESE en Instituciones de Salud del Estado – ISE (artículo 22).
- Becas de matrícula para la formación en salud (artículo 44)
- Régimen laboral de las Instituciones de Salud del Estado (artículo 135)
- Examen Único Nacional para ingreso a especialidades médicas (artículo 42).

Para la ponencia de primer debate se incorpora del Proyecto de Ley No. 135 Cámara, lo siguiente:

- Artículo 5: de Atención Primaria en Salud
- Delegado de las Gestoras de Salud y Vida, y los Prestadores de Servicios de Salud, con voz y voto en el Consejo Nacional de Salud.
- Director del Instituto Nacional de Salud y del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos – Invima, como integrantes permanentes del Consejo Nacional de Salud, con voz pero sin voto.
- Incorporación de alginas características del sistema de información en salud
- Nuevas fuentes de financiamiento
- Ajustes de redacción en el artículo de servicios complementarios en salud
- Artículo 38: Identificación del Talento Humano en Salud.

6. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Derecho Fundamental a la Salud; desarrollo y deberes del estado.

La Constitución Política de nuestro país, en su preámbulo establece que Colombia es un *"Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general."*

De lo anterior se obtiene que, constitucionalmente nuestra república se fundamenta en principios como la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general. De acuerdo con ello, en Colombia el derecho a la salud tuvo un primer momento de desarrollo a través de su establecimiento como derecho fundamental en el artículo 49 de nuestra Constitución el cual establece:

"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (…)."

De igual manera, la constitución en el mismo artículo estableció que le corresponde al estado la organización, dirección y reglamentación de la prestación de servicios en salud de todos los habitantes de la república de acuerdo con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Ahora bien, esta regulación primigenia emanada de la Constitución Política ha tenido un desarrollo que jurisprudencialmente ha propendido porque el derecho a la salud se materialice de manera efectiva en cabeza de los habitantes del territorio.

En primer momento, la Corte Constitucional estableció que para la efectiva protección del derecho a la salud se necesitaba su relación directa con un derecho de mayor connotación tal y como lo resultó ser en múltiples ocasiones el derecho a la Vida.

"Inclusive, la Corte ha señalado algunos eventos en que constitucionalmente es aceptable que se suspenda la prestación del servicio de salud[14]. Por ejemplo, cuando el tratamiento fue eficaz y cesó el peligro para la vida y la integridad, en conexidad con la salud, el principio de continuidad del servicio público no exige que siga un tratamiento inocuo ni tampoco ordena que pasados varios meses de haberse terminado un tratamiento por una enfermedad se inicie uno nuevo y distinto por otra enfermedad diferente. Sin embargo, estas circunstancias han de ser apreciadas caso por caso mientras no exista una regulación específica de la materia."[12]

Luego de ello, la Corte Constitucional, estableció que el derecho a la salud era objeto de protección vía acción de tutela cuando salvaguardaba intereses jurídicos de sujetos de especial protección, abriendo con ello un espectro que, aunque limitado frente a la protección directa, hacía exigible su tutela inmediata en casos específicos.

Posterior a dicho desarrollo jurisprudencial, la Corte Constitucional reconoció el derecho a la salud como un derecho autónomo que no dependía ni de la vulneración o puesta en peligro de otros derechos de igual o mayor categoría ni de que fuere exigido exclusivamente por un sujeto de especial protección.

"Así pues, la jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud 'en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal', para pasar a proteger el derecho 'fundamental autónomo a la salud'. Para la jurisprudencia constitucional "(…) no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud." La Corte también había considerado explícitamente que el derecho a la salud es fundamental y tutelable, en aquellos casos en los que la persona que requiere el servicio de salud es un sujeto de especial protección constitucional. Así lo ha considerado la jurisprudencia, por ejemplo, con relación a las personas de la tercera edad. Sin embargo, esta variante jurisprudencial deja de ser relevante en punto a la cuestión de la fundamentalidad del derecho a la salud."[13]

[12] Sentencia C-800 de 2003

De acuerdo con ello, resulta plenamente claro que el Derecho a la Salud es plena y directamente exigible por parte de las personas que se encuentren en el territorio nacional, por lo que resulta necesario establecer el papel del estado para garantizar la exigibilidad de este derecho.

Ley Estatutaria 1751 de 2015

En respuesta al anterior planteamiento, nace la Ley 1751 de 2015 misma que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección ordenando la vigencia de un sistema inclusivo, que impone un principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y como parte del derecho se reconocen los determinantes sociales de la salud como los definió la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000. Esta norma fue sometida a la revisión de constitucionalidad donde fue declarada exequible por la Corte con considerandos e inexequibilidades parciales que se encuentran establecidas en la Sentencia C-313 de 2014. En dicha providencia, se fija la necesidad de legislar vía leyes ordinarias, como por otras vías normativas "(…) *las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad."*

En el mismo pronunciamiento, la Corte Constitucional hizo énfasis en que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores del sistema de salud referentes al: (i) manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) prevención y atención de la enfermedad; (iii) rectoría del sistema de salud en cabeza del Estado, siendo el modelo de salud de aseguramiento público; (iv) acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; e, (vii) inspección, vigilancia y control.

Aunado a lo previamente indicado se encuentran los principios y mandatos que hacen bloque de constitucionalidad y que se relacionan con el asunto a saber; Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación general N.°14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General N.º 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, se ha tomado, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, las recomendaciones para un mejor sistema de salud de la Observación General 14, así mismo, también la Resolución 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación general 6.

[13] SENTENCIA N° T-760 de 2008

De acuerdo con ello y con el fin de garantizar este marco normativo y jurisprudencial, se debe ajustar el diseño institucional instaurado por la Ley 100 de 1993 a través de una Ley como la presente que establezca como uno de sus pilares el aseguramiento en salud a través de un modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud, que fije un modelo claro de gobernanza y rectoría del sistema, que indique de igual manera las fuentes, el uso y la gestión de los recursos financieros del sistema de salud, que defina la organización de quienes intervengan en los servicios de salud haciendo un especial énfasis en el personal de salud y por último que desarrolle la efectiva inspección vigilancia y control, que permita garantizar no solo la óptima prestación del servicio sino la salvaguarda efectiva del derecho fundamental a la salud.

7. IMPACTO FISCAL

Financiación y asignación de recursos en un sistema de salud basado en Atención Primaria en Salud

7.1. Financiación del sector salud

El Ministerio de Hacienda proyectó la nueva senda de ingresos para la reforma en los cuatro componentes fundamentales: Cotizaciones, Sistema General de Participaciones -SGP, aportes del Presupuesto General de la Nación y Otras fuentes que financian el funcionamiento del Sistema de Salud. Estas fuentes de recursos son consistentes con los diferentes instrumentos de planeación financiera de la nación y las distribuciones sectoriales para los próximos años.

Tabla 30.Proyecciones de fuentes. Proyecto de Reforma a la Salud

Miles de millones de pesos de 2024

Concepto	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Cotizaciones	34.460	35.480	36.530	37.617	38.740	39.920	41.156	42.445	43.784	45.172
Aporte PGN	38.082	39.372	41.863	45.406	48.668	52.363	56.253	60.486	65.009	69.892
SGP salud	18.855	21.363	22.963	23.756	25.092	26.228	27.445	28.611	29.808	30.986
Otras fuentes	8.279	8.099	8.374	8.659	8.955	9.262	9.580	9.912	10.255	10.612
Total	**99.676**	**104.315**	**109.730**	**115.438**	**121.455**	**127.773**	**134.434**	**141.454**	**148.856**	**156.662**

***Fuente**: Proyecciones de ingresos del sector salud del Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP*

La diferencia entre la senda de ingresos presentada al Congreso en marzo del presente año es muy notoria, dadas las nuevas restricciones fiscales originadas en la disminución de los ingresos de la nación. El resultado es una leve reducción de los recursos para salud del SGP, más una importante reducción del aporte de la nación mediante el PGN, especialmente en 2026 (con un crecimiento tan sólo del 3.7%, frente al 12% de 2025), que trae como consecuencia la disminución de la base para el cálculo de los siguientes cuatro años, por lo que, en conjunto, se reducen en los ingresos totales en 31.7 billones, en relación con el ejercicio de proyección de ingresos de marzo de 2024. Por su parte, la proyección del crecimiento de las cotizaciones presenta un leve incremento, respecto a lo proyectado en marzo.

7.2. Asignación general de recursos en el aseguramiento social en salud

La financiación, asignación de recursos y sistemas de pago de un sistema de salud deben estar alineados con los objetivos del mismo. En sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud esto significa que deben dirigirse a aumentar la equidad en el acceso a los servicios, mediante Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud con un nivel primario de atención altamente resolutivo (123); y a la vez ser eficaces y eficientes y dar respuesta adecuada a las cambiantes necesidades de salud de la población. Por supuesto, la financiación no es el único elemento necesario para los sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud; se requieren también acuerdos de gobernanza que apoyen la prestación de servicios de salud, así como personal sanitario capacitado, acceso y trazabilidad de los datos, y estrategias continuas de seguimiento, evaluación y aprendizaje.

Cid Pedraza (2020) plantea que "*la mejor forma de financiar a los proveedores de salud es aquella que reconozca el rol de la planificación, el incentivo a la actividad, acompañe la integración y potencie las posibilidades de coordinación, a fin de reemplazar la visión parcial y el énfasis equivocado en la competencia por uno de integración y colaboración, que mantenga incentivos a la eficiencia*" (123). El autor plantea que el presupuesto poblacional con per cápita ajustado por riesgos que determine un techo financiero para las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud es el elemento central para el logro de los objetivos de los sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud; no obstante, para llegar a dicho financiamiento generalmente es el resultado de la realización de varias transformaciones hacia esa dirección.

En contextos de transformación de los sistemas de salud, la financiación debe ser ajustada de forma progresiva; sobre todo cuando históricamente ha estado centrada en la atención de la enfermedad y dirigida a las instituciones de alto nivel de especialización. La transformación debe empezar por el financiamiento directo y subsecuente fortalecimiento del nivel primario de atención (Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS) como un paso claro hacia la cobertura sanitaria universal (124) en los términos definidos por la OMS.

Las recomendaciones actuales sobre el financiamiento directo del nivel primario de atención son las siguientes (95,124–126):

1. Basarse en acuerdos de financiación que sigan un principio de universalismo e incorporando los atributos del cuidado de la salud centrado en las personas.
2. Financiación basada en mancomunación de recursos públicos que garanticen la prestación del servicio, para que de esa manera todas las personas reciban atención primaria gratuita en el lugar de uso del servicio sin que les signifique un pago adicional y a la vez se garantice la financiación de las funciones esenciales de salud pública.
3. Los acuerdos de financiamiento deben incluir estándares, directrices de servicios explícitos, sistemas de derivaciones eficaces, entre otros asuntos que se consideren importantes y necesarios.
4. Asignar los recursos en función de las necesidades de salud de las personas y que a la vez sean equitativos por áreas geográficas y niveles de prestación; de esta manera fomentar la atención centrada en las personas, la continuidad y la calidad de atención; pero que a la vez que sean capaces de adaptarse a los modelos de prestación cambiantes.
5. Los países deberían destinar mínimo el 30% del gasto en salud al nivel primario de atención.
6. Desarrollar trabajo conjunto con todas las instancias gubernamentales y de la sociedad civil que interactúan con la salud, para desarrollar acuerdos de financiación, acción, investigación, evaluación, etc., orientados a gastar más y mejor en Atención Primaria.

Ahora bien, se ha observado que los países que invierten más en el nivel primario de atención tienen mejores resultados de salud a un costo menor en comparación con aquellos que priorizan la atención hospitalaria de mediana y alta complejidad. Esto se debe a que el nivel primario privilegia la prevención, la detección temprana y el manejo de enfermedades crónicas, lo que aumenta el diagnóstico de enfermedades en fases asintomáticas, ofrece cuidados integrales, continuos y longitudinales, reduce la necesidad de asistir a los servicios de urgencias o de mayor complejidad para atender necesidades que pueden ser satisfechas en el primer nivel de atención(127).

Adicionalmente se ha demostrado que privilegiar financieramente el nivel primario de los sistemas de salud conlleva beneficios económicos y sociales (104), como por ejemplo: *"la mejora de la atención materno infantil genera beneficios económicos y de salud 11,3 veces más que los costos, en los países de ingresos mediano – altos y de 7,2 veces en los de ingreso bajo*" (128). Igualmente, se han documentado ganancias en la eficiencia y efectividad del sistema (105).

Se estima que más del 85% de los problemas pueden ser resueltos en el ámbito primario de atención (CAPS), que entre el 10% y el 12% requieren consulta y atención compartida con servicios de atención especializada, mientras que solo entre el 3% y el 5% necesitan primordialmente atención especializada (106,107,129,130). Según el informe: Primary Care Collaborative (2020), el gasto en atención primaria tiene una relación evidente con la disminución del gasto en servicios hospitalarios y de urgencias (131).

En las siguientes figuras se comparan los gastos en atención primaria contra el porcentaje de personas que llegan a hospitalización, y la proporción del gasto en el nivel primario de atención y su impacto en la hospitalización evitable.

Figura 51. *Porcentaje de personas hospitalizadas frente a porcentaje de porcentaje de gasto en nivel primario de atención (general) a nivel estatal*

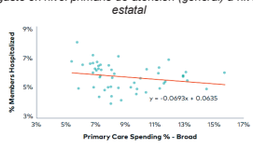
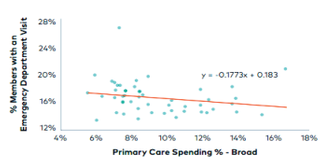


Figura 52. *Porcentaje de personas con hospitalización evitable frente visita al gasto en el nivel primario de atención*

***Fuente**: Kempski, A., & Greiner, A. (2020). Primary care spending: high stakes, low investment. Primary Care Collaborative. Published Dec*

Como puede observarse, se encuentra que una mayor inversión en el nivel primario de atención resulta en una cantidad menor de hospitalizaciones; y que a medida que aumenta el gasto en el nivel primario de atención, se reduce la proporción de ingresos hospitalarios evitables (131). Igualmente, existe una relación inversa entre el gasto en el nivel primario de atención y las visitas a urgencias, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 53. *Porcentaje de personas con una visita al servicio de urgencias frente al porcentaje de gasto en el nivel primario de atención (general) a nivel estatal*



***Fuente:** Kempski, A., & Greiner, A. (2020). Primary care spending: high stakes, low investment. Primary Care Collaborative. Published Dec.*

En la misma línea, diversas investigaciones han evidenciado que aquellos países o regiones con una nivel primario fortalecido en el marco de la Atención Primaria en Salud - APS, registran mejores resultados de salud, tales como: una menor mortalidad prematura, reducción en el número de nacimientos de niños con bajo peso y disminución en la mortalidad infantil; además, se observan menos años de vida perdidos por suicidios, y por todas las causas en general, una mayor esperanza de vida y mejores tasas de mortalidad total, incluyendo por enfermedades cardíacas e infantil. También se reporta una detección más temprana de ciertos tipos de cáncer, incluyendo el colorrectal, de mama, uterino/cervical y el melanoma (103,129).

Macinko, Starfield y Shi (2005) argumentan que existe evidencia en que el acceso a ciertos tipos de atención tiene un impacto más positivo que otros en la reducción de la carga de enfermedad en un país; analizan la influencia de la calidad de los servicios de primarios de atención en el marco de la APS en cuanto a la mortalidad infantil y los años de vida perdidos en los países de la OCDE entre 1970 y 1998. La calidad fue medida a través de un puntaje que evalúa componentes como regulación, financiamiento, composición de especialistas, acceso, longitudinalidad, primer contacto, integridad, coordinación, orientación familiar y comunitaria. Mediante la valoración de cada componente, se asigna un puntaje global a la calidad de los servicios de APS de cada país, año tras año. Utilizando tres modelos distintos para comparar el efecto de la calidad del nivel primario de atención y aislar su influencia de variables macroeconómicas y de hábitos de vida, encuentran que la calidad del nivel primario de atención es estadísticamente significativa y muestra altos coeficientes en todos los modelos (132). Igualmente, Mackenbach y Stronks argumentan que, en los países europeos, algunas de las disparidades históricas en el estado de salud entre los sectores más y menos acomodados de la población pueden atribuirse, en parte, al acceso diferencial a los servicios de salud básicos (133).

El desarrollo de la atención primaria en salud con el subsecuente fortalecimiento del nivel primario de atención es fundamental para incidir positivamente en los hábitos de vida asociados a la aparición de enfermedades crónicas, tales como: el sedentarismo, el tabaquismo, la dieta no saludable; igualmente, debido al despliegue de estrategias de detección temprana permite diagnósticas enfermedades crónicas en fase asintomática e igualmente prevenir complicaciones derivadas; lo que reduce los costos asociados al tratamiento de estas condiciones.

La estrategia de concentrarse en disminuir el número de eventos, es decir, la frecuencia de ocurrencia de enfermedades crónicas como la obesidad, el cáncer, la depresión y la diabetes es fundamental ante el escenario de costos crecientes asociados a la integración de nuevas tecnologías médicas en su tratamiento. Este enfoque no solo es inmediatamente beneficioso, sino que además promete ahorros crecientes a lo largo del tiempo, dada la tendencia al alza de los costos sanitarios.

Los atributos del nivel primario de atención fortalecido en el marco de la atención primaria, se describen a continuación:

1. **Enfoque preventivo:**

Una de las premisas fundamentales de la Atención Primaria en Salud es el cuidado integral de la salud que implica la acción antes de que la enfermedad aparezca con acciones de prevención en todos sus niveles. Invertir en programas de vacunación, educación para la salud, y detección temprana de enfermedades puede evitar el desarrollo de condiciones más graves que requieran intervenciones médicas complejas y costosas.

Por ejemplo, programas de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) han demostrado ser eficaces en la reducción de la incidencia del cáncer cervical, una condición que, si no se detecta a tiempo, puede requerir tratamientos intensivos y costosos como la quimioterapia, radioterapia, o cirugía. O programas de realización de ejercicio, dieta saludable, crianza amorosa, cuidados en el embarazo, sexualidad responsable, etc.

La ejecución de iniciativas de tamizaje y vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) mediante la APS puede generar una reducción sustancial en la incidencia y mortalidad relacionadas con el cáncer de cuello uterino. La identificación precoz y el tratamiento oportuno de lesiones precancerosas se erigen como componentes esenciales para evitar la progresión hacia el cáncer, según lo señalado por Arbyn et al. (134).

En el análisis del impacto económico de la reducción de frecuencia de casos de Cáncer de Cérvix mediante el fortalecimiento del nivel primario de atención se encontró que el costo actual de tratamiento por paciente anualmente asciende a 36 millones de pesos colombianos (COP), ajustado desde el valor del 2012 en México (135). En Colombia, con una incidencia de 3,800 casos nuevos anualmente (136), una reducción del 63% en la incidencia a través de la vacunación efectiva (137) podría traducirse en un ahorro significativo de $86.184.000.000 COP en un año por la disminución de casos, y ante un incremento anual en los costos de tratamiento para el cáncer de cérvix - que varía entre el 7% y el 32% debido a la adopción de nuevas tecnologías médicas -, el ahorro acumulado en 10 años sería considerablemente alto.

Este análisis destaca la importancia de estrategias preventivas, como la vacunación contra VPH, no solo desde la perspectiva de salud pública sino también desde la óptica económica y la del cuidado de la vida. A través de intervenciones tempranas y efectivas, es posible alcanzar una gestión más sostenible de los recursos destinados a la salud, evidenciando un claro retorno de inversión al reducir la carga financiera asociada al tratamiento de enfermedades crónicas y de alto costo.

2. Atención integral y oportuna de Condiciones Crónicas:

El nivel primario de atención juega un rol crucial en el manejo de enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares. A través de un seguimiento integral de carácter regular, el nivel primario de atención puede controlar efectivamente estas condiciones, evitando complicaciones y la necesidad de hospitalizaciones. Por ejemplo, en programas de manejo de la diabetes en atención primaria, las personas reciben asesoramiento nutricional, planes de ejercicio, y monitoreo de niveles de glucosa, lo que contribuye a mantener la enfermedad bajo control y reducir la incidencia de eventos graves como infartos o insuficiencia renal.

La obesidad es un precursor conocido de varias enfermedades crónicas. Intervenciones de estilo de vida implementadas desde el nivel primario de atención, como la asesoría nutricional y el fomento de la actividad física, pueden ser efectivas en la reducción del peso y la mejora de parámetros metabólicos (138). Un estudio publicado en "Obesity Reviews" concluyó que las intervenciones de pérdida de peso basadas en la atención primaria pueden generar reducciones significativas en el peso corporal, lo que contribuye a disminuir el riesgo de desarrollar comorbilidades relacionadas con la obesidad y, por tanto, reducir los costos asociados con su tratamiento (139).

Alrededor del 56,4% de la población colombiana está por encima de los niveles recomendables para un peso saludable, lo que significa que aproximadamente 28.791.636 colombianos presentan sobrepeso u obesidad. Con un cálculo conservador, se estima que el 1% de este grupo atiende su problema con un profesional médico. El impacto en los costos totales por año para el sistema de salud se estima en $1.127.836.951.895 COP ($1.1 billones COP). Con el fortalecimiento del nivel primario de atención se podría reducir en 20% la cantidad de casos de personas con sobrepeso y obesidad en el país (140) generando un ahorro de $ 225.567.390.379 al año.

La intervención en el nivel primario de atención dirigida a pacientes con prediabetes o en riesgo de desarrollar diabetes puede tener un impacto significativo en la reducción de la incidencia de esta enfermedad. El Diabetes Prevention Program (DPP) evidenció que modificaciones en el estilo de vida, mediadas por intervenciones en el nivel primario de atención reducen la incidencia de diabetes en un 58% en comparación con el grupo placebo (141). Además, el abordaje temprano de la diabetes en el nivel primario puede mitigar las complicaciones a largo plazo, lo que conduce a una disminución sustancial en la necesidad de hospitalización y, por ende, en los costos para el sistema de salud. Igualmente, la educación para la autogestión de la diabetes previene todas las complicaciones (142).

Se calcula que el nivel primario de atención, en el marco de la Atención Primaria en Salud, es posible reducir la incidencia de diabetes tipo en un 20% (140,143,144) mediante prevención, detección temprana y control de la enfermedad, se proyecta un ahorro estimado de $564.262.112.244 COP al año.

De acuerdo con la American Heart Association programas de manejo de enfermedades crónicas en el nivel primario de atención han demostrado ser efectivos en mejorar el control de la presión arterial y los niveles de lípidos en la sangre, lo que puede reducir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en hasta un 20% (145–147).

Se estima que la atención de un evento coronario entre gastos directos e indirectos podrían ascender a $39.327.938 COP por persona afectada (148). Debido a que la atención primaria podría reducir en un 15% los casos de enfermedad coronaria (149–151), se calcula que en el país podría reducirse el gasto en salud para la población en riesgo de eventos coronarios en $12.405.997.995 al año.

3. Accesibilidad y primer contacto:

El nivel primario de atención facilita el acceso temprano a los servicios de salud, actuando como el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud. Esto es especialmente importante en áreas rurales o dispersas, donde el nivel primario con los equipos de salud territorial puede ser la única forma de atención médica disponible. Un ejemplo de esto es el programa de agentes comunitarios de salud en Brasil, donde el personal de salud local brinda servicios de promoción de la salud, y prevención de enfermedades, mejorando significativamente la accesibilidad a los servicios de salud en comunidades remotas.

Por ejemplo, en el nivel primario de atención puede identificar tempranamente signos de depresión y riesgo suicida, proporcionando acceso a intervenciones psicosociales y tratamiento farmacológico cuando sea necesario. La integración de servicios de salud mental en el nivel primario ha demostrado mejorar los resultados en pacientes con depresión (152).

Según el Observatorio Nacional de Salud – ONS del Instituto Nacional de Salud - INS para el 2022, la depresión afectó al 4,7% de la población colombiana, de la cual, el 38% consulta finalmente al médico. El costo en salud para la depresión por cada paciente fue de 1.448.684 COP al año(153), lo cual, se podría estimar un costo total por año en $1.288.169.620.561 ($1.2 billones COP). El fortalecimiento del nivel primario de atención podría contribuir con la mitigación del evento en un 10% (154–156), disminuyendo el gasto del sistema de salud en $128.816.962.056 COP al año.

4. Cuidado continuo e integral:

Invertir en APS reduce los costos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad en el corto y largo plazo. Varios estudios han encontrado que fortalecer la APS y proveer el cuidado continuo contribuye a reducir la demanda de servicios de salud inadecuada (157–159), especialmente de servicios de urgencias y tener el mismo médico de cabecera durante por lo menos dos años disminuye el uso de medicina especializada y la tasa de hospitalización (160).

Adicionalmente, la atención prenatal, el parto asistido por personal calificado y el seguimiento posnatal en el primer nivel de atención pueden reducir drásticamente la mortalidad materna (161,162). De acuerdo con el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, la implementación de estrategias como la captación temprana de gestantes (antes de las 12 semanas de gestación), la provisión de nutrientes durante el embarazo, los exámenes de laboratorio, los controles prenatales y las terapias psicológicas puede contribuir a reducir la mortalidad matera en un 12% (162–164), lo que representa un ahorro para el sistema de salud de más de $332,520,602 COP al año.

De la misma manera, el nivel primario de atención fortalecido en el marco de la Atención Primaria en Salud puede jugar un papel fundamental en la prevención y el tratamiento de la desnutrición infantil a través de programas de suplementación nutricional, educación sobre alimentación saludable y monitoreo del crecimiento. Estudios indican que la intervención temprana es clave para prevenir el retraso en el crecimiento y sus efectos a largo plazo (165).

El costo medio de tratar un caso de desnutrición infantil podría alcanzar los $646,000 COP en casos leves, lo que implica un gasto aproximado de $15,640,073,030 COP para el sistema de salud por cada tratamiento, que incluye alimentación especializada, atención de endocrinólogo pediátrico, enfermería, nutricionista pediátrico y exámenes de laboratorio, excluyendo otros costos indirectos. Por lo cual, desarrollar estrategias de prevención y detección temprana de esta condición desde el nivel primario fortalecido podría reducir los casos de desnutrición en un 80% (166,167) lo que representaría un ahorro para el sistema de salud de más de $12,512,058,424 COP al año.

7.3. Asignación detallada de recursos en el aseguramiento social en salud

Como se explicó en el apartado 9.4 se propone el pago para garantía de oferta para el nivel primario de atención, denominado Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS; el sistema de tarifas y formas de pago para los servicios de mediana y alta complejidad y la cuenta de fortalecimiento hospitalario para la garantía de un presupuesto estable y suficiente a los hospitales públicos.

a) Pago por oferta de los Centros de Atención Primaria en Salud

El estudio de "Modelación de la prestación de los servicios de salud primarios" (168) realizado por este Ministerio en el año 2022, definió tipologías de portafolios de servicios para los prestadores primarios, hoy denominados Centros de Atención Primaria en Salud CAPS a partir de: a) criterios de eficiencia, racionalidad y la organización jerárquica; b) los avances en el desarrollo de programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de ESE; y c) la apuesta por garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a partir de una organización de estos que esté totalmente articulada con el flujo natural y cotidiano de las personas en sus territorios, comunidades y entornos, modelados en una subregionalización de referencia.

Las tipologías definidas garantizan la prestación de servicios y actividades establecidos en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal reglamentados en la Resolución 3280 de 2018 y definidos como de obligatoria realización para toda la población. Se definieron cuatro tipologías de Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS.

Posterior a la definición de tipologías de portafolios, se estimaron los perfiles asistenciales y operativos, los requerimientos en capacidades físicas, insumos y tecnologías. Una vez caracterizados y clasificados los diferentes recursos que serán empleados para la operación corriente se determinó la estructura de costos de la siguiente manera:

Tabla 31. Estructura de costos de los Centros de Atención Primaria de Salud - CAPS

Componente de costo	Estimación	Descripción
Mano de Obra Directa	Se tomó como referencia la información reportada por las Empresas Sociales del Estado en el SIHO, en donde los datos requeridos establecen el registro del valor de la asignación mensual (unitario) por cargo y el costo total anual (total de cargos). En los casos en los que el valor de la asignación mensual por cargo no se pudo obtener con confiabilidad, se procedió a hacer una estimación del costo mensual por cargo tomando el valor mensual y aplicando un factor de ajuste del 60,55% que corresponde al valor prestacional.	Corresponde a aquellos gastos relacionados con personal de planta y servicios personales indirectos relacionados con las funciones misionales. Para el caso de personal de planta comprende la remuneración por concepto de sueldos y demás factores salariales legalmente establecidos de los servidores públicos vinculados a la planta de personal. Incluye la conformación y operación de **Equipos de Salud Territoriales.**
Mano de Obra Indirecta		Corresponde a aquellos gastos relacionados con personal administrativo que apoyará funciones no misionales relacionadas con atención al usuario, gestión de licencias e incapacidades, apoyo en procesos de referencia y contrarreferencia, entre otros.
Gastos de operación y prestación de servicios	La fuente de información empleada corresponde al valor de los gastos comprometidos registrados en el rubro presupuestal con código 46 del Módulo de presupuesto de gastos de las ESE para la vigencia 2021.	Comprende los gastos que realizan las instituciones para adquirir bienes y servicios que participan directamente en el proceso de prestación del Servicio de Salud, los cuales no constituyen un apoyo logístico para el cumplimiento de sus funciones. Incluye: - Medicamentos - Material médico quirúrgico - Materiales para odontología. - Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. - Alimentación. - Demás insumos necesarios en los procesos de producción de los servicios de salud.
Gastos generales	La fuente de información corresponde a lo registrado en el Módulo de Presupuesto de Gastos de SIHO para la vigencia 2021 en	Comprende los gastos relacionados con celaduría, aseo, transporte y otros bienes y servicios necesarios para que la institución cumpla con las funciones asignadas por la Constitución y la Ley, y

Tabla 31. Estructura de costos de los Centros de Atención Primaria de Salud - CAPS

Componente de costo	Estimación	Descripción
	los rubros presupuestales con códigos 37 y 43.	con el pago de los impuestos y multas a que estén sometidos legalmente.

***Fuente**: Ministerio de Salud y Protección Social*

Cabe anotar que en la estructura de costos definida para el análisis no se incluyeron los valores correspondientes a partidas de inversión, no operacionales, extraordinarias o de vigencias anteriores, esto con el propósito de analizar solo el componente operacional que hace parte del proceso productivo corriente de la prestación de los servicios de salud.

Según el Estudio de modelación otra de las razones para prever un menor crecimiento del gasto en servicios de mediana y alta complejidad implica que el nivel primario de atención asumirá servicios de salud que actualmente se encuentran incluidos o clasificados como de mediana complejidad, tales como la consulta ambulatoria especializada de las especialidades básicas (medicina familiar, pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general) y algunos procedimientos quirúrgicos menores, es decir un traslado parcial de algunos costos hoy considerados de mediana complejidad.

De igual forma, una mayor disponibilidad de recursos y por tanto una mayor oferta de servicios en la atención primaria, con capacidad resolutiva, evitará que, por falta de atención oportuna, los ciudadanos se vean obligados a acudir a los servicios de urgencias de instituciones de mediana y alta complejidad, situación altamente disfuncional en un sistema de salud, que incrementa notoriamente los costos de atención médica.

La apertura progresiva de servicios de especialistas en los Centros de Atención Primaria en Salud no sólo significa el traslado del costo de la consulta, sino de los apoyos diagnósticos (laboratorio, radiología) y terapéuticos (medicamentos e insumos) hacia la Atención Primaria. Los CAPS de pequeños municipios, donde la única institución de salud es el hospital local, también deben ser reforzados mediante el apoyo de servicios de cirugía y anestesiología, aunque no permanezcan de tiempo completo en las instituciones.

b) Senda para la atención de mediana y alta complejidad

Los supuestos utilizados para la determinación de la senda de gasto en atención hospitalaria de mediana y alta complejidad consideran los siguientes aspectos: 1) el cambio demográfico, donde se aborda una dinámica subyacente en la mayoría de los países, como es el envejecimiento poblacional y la caída de la natalidad; y 2) el costo de la innovación tecnológica.

Tabla 32. Componentes del crecimiento de la senda del valor a precios constantes de las atenciones hospitalarias y especializadas de mediana y alta complejidad.

Componentes del crecimiento	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Población (envejecimiento)	1,55	1,53	1,50	1,49	1,49	1,48	1,47	1,50
Costo de la Innovación*	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,47
Total	3,08	3,06	3,03	3,02	3,02	3,01	2,99	2,97

***Fuente:** DANE, Proyecciones de población*

**Supuesto de innovación tecnológica*

Otros factores por considerar en el crecimiento del gasto de mediana y alta complejidad, como el incremento de las frecuencias por mayor uso de los servicios, es atenuado con mejoras en la calidad del gasto en salud que incluyen:

1. La evidencia sobre la ganancia en salud y en eficiencias que genera la orientación del sistema hacia la atención primaria en salud
2. La efectividad de la atención primaria para disminuir el crecimiento del gasto de mediana y alta complejidad;
3. La progresiva incorporación de algunos servicios, que hoy se clasifican como de mediana complejidad, a la atención primaria;
4. La reducción del costo de la atención de urgencias hospitalaria relacionado con el débil desempeño de la atención primaria,
5. La disminución de sobrecostos del sistema debida a la integración vertical y la opacidad de la información

Todas descritas en las páginas anteriores.

c) Senda del Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria

La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria es una cuenta de destinación específica que permite alcanzar a mediano plazo, la garantía de un presupuesto estable y suficiente a los hospitales públicos, especialmente aquellas instituciones que atienden poblaciones rurales y dispersas, y las que presentan mayor dificultad de alcanzar su financiamiento únicamente por facturación de servicios y que significan la única posibilidad de acceso a los servicios en muchos territorios; igualmente permitirá, garantizar la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en Instituciones de Salud del Estado (ISE)

Los recursos orientados al Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria permiten destinar progresivamente los recursos de salud que constitucionalmente pertenecen a departamentos y distritos, hoy recaudados en la ADRES, de manera que, contribuyan a cofinanciar los hospitales públicos de todo el país, tanto con los recursos de destinación territorial, como con aportes de la nación, de manera que se fortalezcan también los hospitales de las regiones más dispersas, en especial nuevos departamentos que no cuentan con rentas cedidas. Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento según presupuesto aprobado por las direcciones seccionales y girado por el Adres, por doceavas, a estas instituciones, en proporción directa a la imposibilidad de subsistir únicamente por la vía de facturación de servicios, en razón de la dispersión poblacional. El rubro total para este propósito, que se sumara al facturado por prestación de servicios, es relativamente pequeño, pero clave para los propósitos de la reforma.

d) Senda de gasto: usos del sector salud

Tabla 33. Proyecciones de usos. Proyecto de Reforma a la Salud
Miles de millones de pesos de 2024

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	18.563	21.107	22.735	23.544	25.379	27.069	29.175	31.619	34.562	36.636
Mediana y alta complejidad	71.980	74.196	76.463	78.779	81.155	83.602	86.120	88.698	91.335	94.075
Prestaciones económicas	2.755	2.866	2.982	3.102	3.227	3.358	3.493	3.634	3.781	3.932
Fortalecimiento de la red pública	1.000	1.000	1.000	2.000	3.500	4.000	4.200	4.410	4.631	4.862
Otros	500	516	533	550	568	587	605	625	645	665
Becas	120	120	120	150	200	200	200	200	200	200
Protección de la maternidad	450	525	800	900	1.040	1.062	1.061	1.059	1.056	1.054
Fortalecimientos institucionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SGP - E.T. SGP (10%): Salud pública	1.885	2.136	2.296	2.376	2.509	2.623	2.744	2.861	2.981	3.099
Gastos directos	**97.403**	**102.617**	**107.079**	**111.550**	**117.728**	**122.651**	**127.748**	**133.256**	**139.341**	**144.672**
SOAT - Rangos diferenciales	217	239	263	289	318	349	384	423	465	512
Migrantes irregulares	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
Saneamiento hospitales	1.300	-	-	700	415	300	300	200	200	185
Gastos indirectos	**1.823**	**545**	**569**	**1.295**	**1.039**	**955**	**990**	**929**	**971**	**1.003**
Incentivos de calidad	-	500	1.080	1.570	1.623	1.672	1.722	1.774	1.827	1.882
Unidades Zonales de Planeación	450	650	1.000	1.023	1.065	1.107	1.153	1.203	1.259	1.307
Gastos de gestión	**450**	**1.150**	**2.080**	**2.593**	**2.688**	**2.779**	**2.875**	**2.977**	**3.086**	**3.189**

***Fuente:** Proyecciones ADRES y Ministerio de Salud y Protección Social.*

Considerando la reducción de los ingresos informada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para todos los sectores, el Ministerio de Salud y Protección Social debió proyectar un ajuste significativo de los gastos presentados comparados con la proyección realizado en el mes de marzo. La única estrategia posible para encajar las proyecciones de la reforma en el nuevo marco de ingresos, más restrictivo, fue la implementación más gradual de los elementos centrales de la reforma, especialmente para ajustar la reducción de ingresos entre 2026 y 2029. Los ajustes son los siguientes:

- Se redujo moderadamente la tasa de crecimiento de los recursos de atención primaria entre 2026 y 2029, pero sin reducir la meta final, ya que a partir de 2030 no se tienen las serias restricciones del ingreso. El gasto en Atención primaria como porcentaje del gasto en atención en salud, asciende en los diez años proyectados en la senda, de 21% a 28%, acercándose a la meta del 30% recomendada por la OMS:

2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
21%	22%	23%	23%	24%	24%	25%	26%	27%	28%

- Se tomó la decisión de no modificar el escenario de gasto en servicios de mediana y alta complejidad, que queda con la misma senda de crecimiento planteada en el mes de marzo.

- Se hace más gradual el traslado de las rentas departamentales para el fortalecimiento de las Instituciones de Salud del Estado u hospitales públicos, los cuatro primeros años a partir de la expedición de la ley, lo que implica priorizar los primeros años a las instituciones hospitalarias en regiones del país con mayor población dispersa y barreras geográficas, que tienen mayor dificultad en derivar sus ingresos únicamente de la facturación de servicios y donde el Estado tiene que garantizar la oferta de los mismos, así no resulten rentables, debido a la población reducida que atienden, conforme a lo señalado por la Ley Estatutaria y la Corte Constitucional.

- Se reducen los recursos agrupados en Otros Gastos, en función a que la financiación para el pago de la deuda de las Pruebas Covid, incluída en el Plan de Desarrollo no hace base para los años subsiguientes.

- Se ajusta la protección de la maternidad, con implementación gradual, que comienza con tres meses de medio salario mínimo hasta el año 2029 y un aumento de cobertura gradual en función de los ingresos de los hogares, hasta alcanzar esta protección la cobertura universal de medio salario mínimo por cuatro meses en el año 2030. El ajuste consideró igualmente el notorio descenso de la natalidad registrado por el DANE.

- Se difiere el saneamiento de los pasivos de hospitales públicos, inicialmente previsto en cuatro años hasta los diez años de la serie, aunque dejando un esfuerzo inicial importante al inicio de la reforma y una reanudación de este esfuerzo a partir de 2028, cuando se reduce la estrechez fiscal de los ingresos.

- Se proyecta un crecimiento más lento de los incentivos por calidad, ajustados al escenario de transición de las EPS y se estima que a partir de 2028 el estímulo quede pleno, para que toda Gestora o IPS de mediana y alta complejidad puedan alcanzar los tres incentivos establecidos en la Ley, estimando siempre que el recurso presupuestado alcance para premiar al 50% de las instituciones que obtengan los mejores resultados en cada uno de los incentivos planteados.

- Finalmente, se hace más gradual el desarrollo de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, que soportan técnicamente en los municipios el desarrollo de la Atención Primaria, dando prioridad los primeros años a los departamentos con mayor grado de ruralidad y población dispersa, pero alcanzando la cobertura total del país en cinco años.

7.4. Balance de las sendas de ingresos y gastos

Desarrolladas las sendas de ingresos y gastos, se obtiene el balance final, que no deja recursos de gasto proyectados sin fuente de financiamiento, para garantizar que la reforma no afecta el marco fiscal de mediano plazo.

Tabla 34. Balance de las sendas de ingresos y gastos

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Total gastos	99.676	104.311	109.727	115.439	121.455	126.385	131.614	137.162	143.398	148.864
Total ingresos	99.676	104.315	109.730	115.438	121.455	127.773	134.434	141.454	148.856	156.662
Diferencia	-1	4	3	-1	0	1.388	2.820	4.292	5.459	7.798
%PIB Gasto	5,79	5,87	5,99	6,10	6,21	6,26	6,32	6,38	6,46	6,51
%PIB Ingreso	5,79	5,87	5,99	6,10	6,21	6,33	6,46	6,58	6,71	6,85

Fuente: *Proyecciones de ingreso – Ministerio de Hacienda y Crédito Público*
Proyecciones de gasto – ADRES y Ministerio de Salud y Protección Social.

Cabe anotar, finalmente, que el balance es francamente positivo después del año 2030, lo que deja recursos disponibles para posibles ajustes a los próximos gobiernos y orientación según los componentes que vayan cobrando mayor participación.

8. CONFLICTO DE INTERESES

El artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, mediante el cual se modifica el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, dispone que el autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286; asimismo, establece que estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

En este sentido, con el fin de ilustrar en el análisis frente a los posibles impedimentos que podrían derivar en conflictos de intereses producto de la actividad legislativa realizada, se citarán textualmente los criterios determinados en el artículo 1° de la Ley 2003 de 2019:

"ARTÍCULO 1o. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:

Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.

Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.
b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.
c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.
b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.
c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.
d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.
e) <Literal INEXEQUIBLE>
f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.

PARÁGRAFO 1o. Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieran apartar de la discusión y votación del proyecto.

PARÁGRAFO 2o. Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.

PARÁGRAFO 3o. Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5 de 1992 (…)".

En consecuencia y a manera de orientación, los ponentes consideran que las disposiciones contenidas en el presente Proyecto de Ley radican en normas de carácter general, impersonal y abstracto que dada su naturaleza y a los fines superiores que persigue no generarían posibles conflictos de intereses, sin embargo, lo anterior no exime del deber particular de cada Congresista que en su esfera privada, identifique causales adicionales que a su juicio considere pertinentes y exponerlas durante el trámite correspondiente, y presentar impedimento por considerar que situaciones personales y particulares riñen con lo reglado por el legislador en el precitado artículo.

De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional, para que se configure el conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura deben presentarse las siguientes condiciones o supuestos: (i) Que exista un Interés directo, particular y actual: moral o económico. (ii) Que el congresista no manifieste su impedimento a pesar de que exista un interés directo en la decisión que se ha de tomar. (Iil) Que el congresista no haya sido separado del asunto mediante recusación. (iv) Que el congresista haya participado en los debates y/o haya votado. (v) Que la participación del congresista se haya producido en relación con el trámite de leyes o de cualquier otro asunto sometido a su conocimiento.

En virtud de lo estipulado en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modificó el artículo 291 de la Ley 5a de 1992, señala:

Por lo cual, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que en el trámite de este Proyecto podrían incurrir en conflicto de interés cuando los congresistas o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil puedan obtener beneficios directos o actuales del presente proyecto.

Además, en cumplimiento de lo dispuesto en el marco normativo citado, nos permitimos señalar que no existen conflictos de intereses para la discusión y aprobación del presente proyecto de ley por parte de quienes suscribimos esta ponencia.

9. PLIEGO DE MODIFICACIONES

TEXTO PROYECTO DE LEY No. 312 DE 2024 CÁMARA	TEXTO PROPUESTO PARA 1er DEBATE	JUSTIFICACIÓN
"POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"	**"POR MEDIO DE LA ~~DEL~~ CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"** EL CONGRESO DE ~~LA REPÚBLICA DE~~ COLOMBIA DECRETA:	Se adiciona la frase – El Congreso de Colombia, DECRETA", lo anterior en virtud de lo señalado en el artículo 169 superior.
TITULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	**TITULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**	No presenta modificaciones
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.	**Artículo 1. Objeto.** La presente **L**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~~ **en** Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.	Se realizan modificaciones semánticas que mejoran la lectura de la disposición normativa; además se recoge la propuesta de los participantes de las mesas técnicas, quienes plantearon que lo señalado por esta Reforma al llevarlo a la práctica, los riesgos del sistema terminan siendo compartidos, estableciendo que el financiero debe estar de manera exclusiva en cabeza del Estado, y los riesgos en salud y de carácter operativo deben ser asumidos por todos los actores del sistema.
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 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, **esta Ley** desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del **S**sistema de **S**salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y **operativo a cargo de los actores del sistema y** financieros **a cargo del Estado,** con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través **de** la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de **S**salud y **V**vida.	
	Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana.	Se adiciona un artículo nuevo. En la presente disposición se acoge lo planteado en el artículo 5 del Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara (Acumulado), consideramos que es adecuado incluirlo en el título I, entendiendo que el fin que persigue la presente iniciativa de Ley, es la salvaguarda de la Atención Primaria en Salud.

	La Atención Primaria en Salud (APS) se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud. **Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.** **Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la abogacía correspondiente para lograr los objetivos de la APS.** **Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. En los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales.**	
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 residente del territorio colombiano. Define 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	**Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo ~~predictivo~~ y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS).** Se define el modelo de Ssalud **Predictivo**, **P**preventivo ~~predictivo~~ y **R**resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente del territorio colombiano. Define el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización	En las mesas técnicas, varias personas plantearon una modificación de forma, estableciendo que el modelo de atención debe ser primero predictivo y segundo preventivo, apelando a la realidad de las acciones y la consecuencia de una como materialización de la otra. Se realizan

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 - RIITS, 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 fortalecer 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 Salud- RIITS 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 morbilidad y 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.	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 –**(**RIITS**)**, 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 **S**sistema de **S**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 fortalecer 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 Salud –**(**RIITS**)** 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**, de acuerdo con las necesidades de la población**. El modelo es **predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud,** preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad~~: predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis.~~	modificaciones de forma y de igual manera, se hace claridad que los CAPS y los equipos de salud territoriales, deben operar de conformidad con las necesidades de la población, esto a efectos de que dichos equipos evalúen las condiciones geográficas, sociales, de seguridad y movilidad de la población, con el fin de que estas instituciones no establezcan condiciones estándar, sino que las mismas estén alineadas con las condiciones de cada territorio de la nación. Por último, en cuanto al modelo predictivo, se realizan unas claridades conceptuales sobre la acepción de dicha palabra.

	~~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 RECTORIA DEL SISTEMA	**TITULO II: GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA**	No presenta modificaciones
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; así como 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. **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 de la enfermedad y predicción	**Artículo 5. Gobernanza, rectoría y dirección del Ssistema de Ssalud.** La g**G**obernanza, rectoría y dirección del **S**sistema de **S**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; así como la gestión de los procesos al interior del **S**sistema. Además **ejercerá** ~~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. **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~~ **departamentos, distritos y municipios,** los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la	Se realizan cambios de forma, de igual manera el verbo ejerce se deja en futuro –ejercerá-. Además, se precisa que las entidades territoriales son, los departamentos, distritos y municipios.

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 definirá 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).	promoción de la salud, prevención 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 n**N**acional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la Política de Calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar **el** ~~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. 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	**Artículo 6. 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. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.~~ **1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.**	El presente artículo fue reformado por consenso entre los firmantes de la presente ponencia, en un principio había 13 miembros, se incluyó al ADRES con voz y con voto, antes hacía parte del Consejo, pero no tenía voto, y se incluye un representante de las gestoras y de las IPS, lo anterior por solicitud de las mesas técnicas. De igual forma es importante señalar que la inclusión de las gestoras y de los usuarios, se realiza recogiendo varias participaciones de las mesas técnicas llevadas a cabo. Con el Superintendente Nacional de Salud, incluimos al Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud, quienes formarán parte del Consejo, pero no tendrán voto. Al elevar el número de los miembros del Consejo Nacional de Salud a 15, se acuerda elevar a 7 las rubricas necesarias para poder convocar a sesiones,

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. 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, 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.	**2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.** **3. Ministro del Trabajo o su delegado.** **4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.** **5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.** **6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.** **7. El Director de la ADRES o su delegado.** **8. Un representante de los gobiernos territoriales.** **9. Un representante de los trabajadores de la salud.** **10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.** **11. Un representante de pacientes o usuarios.** **12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.** **13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.** **14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.** **15. Un representante de las IPS.** El Superintendente Nacional de Salud, **el Director del INVIMA y el Director del Instituto 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 **siete (7)** ~~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 **calificada del total de los miembros del Consejo** ~~simple~~.	de igual forma, se estableció que las decisiones que se tomen, deben ser adoptadas por mayoría calificada de todos los miembros del Consejo, a efectos de garantizar el principio democrático. En el numeral 5 de las funciones que le corresponden al Consejo Nacional de Salud, se acuerda extender a los tres primeros meses de cada vigencia, el termino que tiene el Consejo para realizar seguimiento a la implementación de la iniciativa de Ley. En lo que concierne al parágrafo 1, se consideró que el mismo establecía un poder exorbitante al Ministerio de Salud, por lo anterior, se establece que, las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre calidad del servicio de salud, debe tener un concepto positivo del Min Salud. En cuanto al parágrafo 2, se eliminó el número de integrantes, esto por haberlo señalado de manera clara en el artículo, de igual forma se eliminó la asignación presupuestal que planteaba el artículo, entendiendo que esto es competencia privativa de las Comisiones Económicas Conjuntas en la Ley de PGN, por lo anterior se adiciona un parágrafo 4 donde se manifiesta que el funcionamiento del Consejo debe ser asumido e incluido en el presupuesto de la Cartera Ministerial de Salud.

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 no gubernamentales, 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.	El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones: 1. Recomendar a los distintos sectores y **e**Entidades del Gobierno **n**Nacional y a los actores del Sistema de Salud, 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 **S**sistema de **S**salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social. 3. Monitorear el buen funcionamiento del **S**sistema de **S**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 **S**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 **L**ley. El Consejo Nacional de Salud, en **cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre** ~~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 **L**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 1. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo 2.** El Gobierno **n**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, **alternancia** y participación en este **C**consejo. **Parágrafo 3.** La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano, **independiente** ~~no dependiente~~ del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, **y** 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 no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.~~ **Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.** **Parágrafo 5**. 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. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno Nacional.	**Artículo 7. Sistema Público Unificado e Interoperable 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, e**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 **S**sistema de **S**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 **S**sistema de **S**salud. El sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, **priorizando territorios donde aún no hay conectividad**, 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. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud –~~(~~SPUIIS~~)~~ deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno **n**Nacional. **El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la**	Se recoge el primer inciso de lo planteado en el artículo 20 del Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara, entendiendo que está alineado con el espíritu de este sistema público interoperable; además, se modifica el inciso tercero a efectos de priorizar territorios con poca conectividad. De igual forma, se incluye un último inciso donde se establece el manejo confidencial de la información en especial lo inherente a la Ley 2015 de 2020

	normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020.	
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)	~~**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.~~	

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.	~~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.~~	
TÍTULO III: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD	**TÍTULO III: FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD**	No presenta modificaciones
Artículo 8. Obligatoriedad de las cotizaciones. 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; 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. 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 8. Obligatoriedad de las cotizaciones**. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas **en calidad de empleadores,** y las personas naturales **de acuerdo con la normatividad vigente.** ~~que reciben ingresos por salarios, rentas o trabajo independiente, o son contratistas o pensionados;~~ **L**as cotizaciones y aportes son contribuciones sobre **los salarios** ~~el salario~~**, honorarios, pensiones,** ~~los~~ ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al **S**sistema de **S**salud son obligatorias. 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 **mensualizados,** no mensualizados o extraordinarios, los	En el primer inciso se realizan precisiones de carácter técnico jurídico, toda vez que las personas jurídicas per se no son cotizantes, lo son en la medida en la cual son empleadores y dividen un porcentaje de la cotización con su trabajador, por lo anterior se modifica el contenido de fondo del primer inciso y se agrega un segundo inciso buscando dar más precisiones a la connotación de cotización. Se eliminó tercer inciso original del artículo, por considerar que dicha regulación ya está en el ordenamiento jurídico colombiano, artículo 5, ley 1066 del año 2006. Se realiza precisión de que los ingresos ordinarios son mensualizados.

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 Pùblico 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 pública, privada y mixta. 5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS 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,	**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 adicionan dos numerales (también producto de la participación de las mesas), el 8 y el 9 a efectos de darle unidad e interpretación integral al articulado, estableciendo que el ADRES pagará los incentivos y remuneraciones a las gestoras, además de los incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad. Se realiza modulación al numeral 21, señalando que los insumos para el establecimiento de los manuales tarifarios y formas de pago, se los debe entregar el ADRES al Ministerio de Salud. Además, Por último, se incluyen dos numerales encaminados a entregarle al ADRES la función de suscribir acuerdos marco y constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras. El termino de reglamentación del Plan de Fortalecimiento Institucional se reduce de 3 a 1 año, recogiendo la sugerencia planteada en las mesas técnicas.	En el numeral 4 de las funciones del ADRES y en virtud de las participaciones en las mesas técnicas, se incluye el pago de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, de igual forma se adicionan dos numerales (también producto de la participación de las mesas), el 8 y el 9 a efectos de darle unidad e interpretación integral al articulado, estableciendo que el ADRES pagará los incentivos y remuneraciones a las gestoras, además de los incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad. Se realiza modulación al numeral 21, señalando que los insumos para el establecimiento de los manuales tarifarios y formas de pago, se los debe entregar el ADRES al Ministerio de Salud. Además, Por último, se incluyen dos numerales encaminados a entregarle al ADRES la función de suscribir acuerdos marco y constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras. El termino de reglamentación del Plan de Fortalecimiento Institucional se reduce de 3 a 1 año, recogiendo la sugerencia planteada en las mesas técnicas.

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 promuevan 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. 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 públicas todas las transacciones y reconocimientos 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. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social	riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema. 8. **Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.** 9. **Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.** 10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda. 11. 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. 12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales. 13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria **en** Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes. 14. Garantizar el flujo oportuno de **los** recursos del **S**sistema de **S**salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles. 15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud. 16. 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. La ejecución de los recursos	

se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados por los diferentes proveedores, de acuerdo a lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema. 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 Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - 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. 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. 19. Establecer, 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. 20. 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. 21. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos	administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo a lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema. 17. 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. 18. 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 Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –(SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema. 19. 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. 20. 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. ~~21. Establecer, 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. **Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.** 22. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único	

que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo. 22. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión que el Ministerio de Salud y Protección Social ordene. 23. 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. **Parágrafo 2**. Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional 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.	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. 23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo. 24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión **o funcionamiento del** ~~que el~~ Ministerio de Salud y Protección Social **que este determine** ~~ordene~~. 25. 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. 26. **Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.** 27. **Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.** **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). **Parágrafo 2**. **A partir de** ~~Dentro del año siguiente a~~ la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud ——(ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de **un (1) año** ~~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 fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes: 1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones. 2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud. 4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados. 5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993,	**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 fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes: 1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de **S**salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones. 2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001. 3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud. 4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados. 5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993,	Se elimina el numeral 9, entendiendo que los recursos del FONPET están destinados a cubrir un Derecho adquirido como lo es la pensión. De igual forma se acogen dos numerales del proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara, sobre los impuestos saludables y la destinación de un 0.5 porcentual del IVA social.

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 de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES. 8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud. 9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro. 10. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET, que el Ministerio de Salud y Protección Social determine. 11. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT que se cobra con adición a ella. 12. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - FONSAT creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991. 13. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES. 14. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la	destinados a financiar el **S**sistema de **S**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 de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente **L**ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES. 8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente **L**ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud. ~~9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro.~~ 9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud —(FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine. 10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –(SOAT) que se cobra con adición a ella. 11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito —(FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991. 12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES. 13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la	

Protección Social – UGPP; los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal. 15. Los recursos destinados al financiamiento de los Residentes Médicos y otros programas de formación del talento humano en salud. 16. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud. 17. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes. 18. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.	Protección Social —(UGPP): los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal. 14. Los recursos destinados al financiamiento de los Residentes Médicos y otros programas de formación del talento humano en salud. 15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud. 16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes. 17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud. 18. **Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.** 19. **Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social.**	
	Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026, la siguiente: **Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:** **Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).**	Se establece un artículo nuevo, en el título de fuentes de financiación, buscando que el recaudo del impuesto saludable se destine en su totalidad al sistema de salud, siendo esta una nueva fuente.

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 del nivel primario, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS y la operación de los equipos de salud territorial. 2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial. 3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley. 5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta. 6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal. 7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente ley. 8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. 9. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado. 10. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.	**Artículo 12. 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 del nivel primario **conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable**, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud –(CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial. 2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial. 3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. 4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente Ley. 5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta. 6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal. 7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley. 8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. 9. El saneamiento **financiero** de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.	En el numeral primero se hace claridad que la financiación del nivel primario, será tanto para el presupuesto estándar en componentes fijo y variable, entendiendo que este último viene siendo "el incentivo" que termina recibiendo el CAPS. Se clarifica en el numeral 9 que el saneamiento es financiero. En el numeral 10 se establece que el fortalecimiento y dotación es de la red pública hospitalaria. En el numeral 12 se incluye el transporte también para el acompañante. En virtud de lo que se manifestó en el numeral primero, se eliminan los CAPS de los incentivos del numeral 14, en el entendido que ellos reciben es componente variable. En el numeral 19, se hace una precisión sobre el nombre del Acuerdo de Paz El numeral 24 se elimina, para evitar duplicidad, toda vez que el mismo se encuentra en los servicios complementarios de que trata el artículo 21 del texto propuesto para primer debate.

11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias. 12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. 13. El financiamiento de laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente ley. 14. 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. 15. La formación del talento humano en salud. 16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común. 17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. 18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes. 19. 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 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. 20. 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; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT. 21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y	10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación **de la red pública** hospitalaria y su mantenimiento. 11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias. 12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de**l** pacientes **y su acompañante**; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. 13. El financiamiento de **los** laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente **L**ley. 14. 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 **S**alud y **V**ida. 15. La formación del talento humano en salud. 16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común. 17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. 18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes. 19. 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 punto 1 del Acuerdo **Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una ~~de~~ Paz Estable y Duradera**, 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. 20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza **de** Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito –(SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del Seguro Obligatorio	

auxilio funerario a víctimas de accidente de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la ley 2078 de 2021. 22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto. 23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. 24. Financiamiento del alojamiento en albergues cuando sea necesario, en razón de la referencia de pacientes y acompañantes a instituciones de salud en ciudades distintas a su ciudad de residencia. 25. Las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas. 26. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES con recursos de inversión o funcionamiento. 27. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente ley. 28. Los gastos de funcionamiento de ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes. 29. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno Nacional.	de Accidentes de Tránsito —(SOAT) de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito —(SOAT). 21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidente de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la **L**ley 2078 de 2021. 22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto. 23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. ~~24. Financiamiento del alojamiento en albergues cuando sea necesario, en razón de la referencia de pacientes y acompañantes a instituciones de salud en ciudades distintas a su ciudad de residencia.~~ 24. Las medidas de atención **en Salud** de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas. 25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud —(ADRES) con recursos de inversión o funcionamiento. 26. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente **L**ley. 27. Los gastos de funcionamiento de **la** ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.	

30. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el sistema de salud.	28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno ~~n~~Nacional. 29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el ~~S~~sistema de ~~S~~salud.	
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.	**Artículo 1~~2~~3. 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 **S**~~s~~istema de **S**~~s~~alud, 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 **L**~~l~~ey, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá **tres** ~~dos~~ cuentas, **dos** independientes~~.~~ **y una general y** con los demás recursos del Sistema de Salud **que** ~~se~~ hará**n** 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.~~	En el presente artículo se realiza una claridad, y se manifiesta que, si bien hay un Fondo Único Público de Salud, se debe precisar que hay tres cuentas, dos que son independientes y una general. En un principio, el artículo planteaba que los recursos no harán unidad de caja, pero se elimina el último inciso del artículo con el fin de permitir traslados de los excedentes presupuestales.
	Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: **1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.** **2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del sistema de salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.** **3. No podrán trasladarse los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones, ni los recursos generados por las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud, ni aquellos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.** **4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.** **5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.** **6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.**	Se establece la inclusión de un artículo nuevo que permita traslados presupuestales entre las cuentas, si bien no se realiza Unidad de Caja, el planteamiento del artículo permitirá optimizar el uso de los recursos y trasladar dineros entre las cuentas independientes, estableciendo unos parámetros para tal fin.
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:	**Artículo 1~~3~~5. Cuenta de Atención Primaria en Salud.** La Cuenta de Atención Primaria en Salud **tendrá las siguientes fuentes** ~~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.~~ 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar **l**~~l~~a prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente **L**~~l~~ey, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios. 2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar**, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.** 3. 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**)**. 4. **Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.** 5. **Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.** **Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (CAPS) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios.**	Se hace claridad sobre las fuentes que integran la cuenta de atención primaria en salud. En el numeral 2 se establece que los recursos de las loterías y juegos de azar girados hoy a la ADRES formaran parte de esa cuenta. De igual forma se incluyen dos nuevos numerales, para incluir el aporte solidario de los regímenes exceptuados y los recursos fiscales y parafiscales que se destinen desde el Gobierno Nacional. En virtud de las participaciones en las mesas técnicas, y del documento entregado a los ponentes sobre las mismas, se manifiesta que estos recursos deberán considerarse en la definición de la UPC.
1. Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. 2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial, 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.	Estos recursos se destinarán a financiar: 1. Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud ~~–~~**(**CAPS**)**. 2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial, 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, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.	**Artículo 1~~4~~6. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.** La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria **tendrá** ~~integra~~ las siguientes fuentes: 1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y **de los** 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, que a la entrada en vigencia de la presente **L**~~l~~ey venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.	En el mismo sentido del artículo anterior, se hace claridad de las fuentes que integran la cuenta. Se realiza precisión al uso de las mismas, incluyendo en el numeral 2 la red pública hospitalaria de mediana y alta complejidad y en el numeral 3 se realiza precisión de que el transporte es intermunicipal e interdepartamental.

5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 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 fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria. 3. Al transporte medicalizado de los departamentos y distritos. Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.	5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del **S**sistema de **S**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 fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación ~~hospitalaria~~ **de la red pública hospitalaria de mediana y alta complejidad**. 3. Al transporte **intermunicipal, interdepartamental** medicalizado de los departamentos y distritos. Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria **de mediana y alta complejidad**.	
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 las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS. 2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes.	**Artículo 1~~5~~7. Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud**. Los demás recursos que financian el **S**sistema de **S**salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse por conceptos~~, entre otros,~~ para los siguientes usos **obligatorios**:~~.~~ 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 las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud ~~–~~(RIITS)**, al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis**. 2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por	Se establece un nuevo título para el artículo, señalando que se trata de una cuenta general para el manejo y destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud, se incluyendo el pago de medicamentos, suministros, indemnizaciones por eventos terroristas y la claridad de que la remuneración a las gestoras es por la administración.

3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo. 4. El financiamiento para la 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 - SOAT, 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.	maternidad a las mujeres y personas no cotizantes **según lo definido en la presente Ley**. 3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo. 4. El financiamiento para la 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 ~~–~~SOAT Tránsito **y eventos terroristas**, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras **del SOAT**. 7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron. 8. Pago de remuneración **por la administración** 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	**Artículo 1~~6~~8. 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	Se hacen claridades de forma, además de incluir una frase recogida del Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara. De igual manera, en las mesas técnicas y en el documento allegado a los ponentes, manifestaron preocupación frente a la determinación de la UPC, por lo que, recogiendo estas inquietudes planteamos modificación al numeral 1, dejando claridad sobre los aspectos a tener en cuenta en materia de cobertura, alcances, servicios de atención primaria y

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 del nivel primario, 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 del nivel primario 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 los recursos financieros adicionales 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. **Parágrafo 3**. Los recursos complementarios de cofinanciación	función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población, **y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud 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 **determinará** ~~destinará los recursos de~~ la UPC así: 1. **Se** asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren **los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.** La financiación del nivel primario se hará vía oferta, **para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)** ~~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, 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	presupuestos de los CAPS, señalando que la financiación de estos se hace vía oferta según necesidades.

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.	~~n~~Nacional dispondrá los recursos financieros adicionales 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. **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 Salud - RIITS, 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 las las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS, 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 auditorias tanto de las Gestoras de	**Artículo 1~~7~~9. 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~~ **32** de la presente **L**ey. 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 Salud ~~–~~**(**RIITS**)**, 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 Salud ~~–~~**(**RIITS**)**, 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 auditorias tanto de las Gestoras de	El presente artículo fue producto de una amplia discusión entre los ponentes, quienes de manera conjunta y llegando a consenso plantearon la inclusión de un nuevo inciso que permitiera tener una claridad sobre el proceso de gestión de pago por la prestación de los servicios de salud. De igual forma en este artículo se tuvo en cuenta la preocupación de los términos de reglamentación que se plantearon en las mesas, estableciendo el termino de 6 meses para ello.

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. 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 será contado 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.	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. **Una vez** ~~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% del valor de las facturas presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud dentro de los 30 días calendario siguientes a su radicación. Las Gestoras de Salud y Vida dispondrán de un plazo máximo de 60 días calendario para realizar la auditoría de las cuentas y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.** ~~El pago del porcentaje restante estará sujeto a la 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 será contado a partir de la radicación de la respuesta a glosas formuladas por la auditoría.~~	

	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. **Parágrafo:** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará ~~la materia.~~ **el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.**	
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 territorial 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.	**Artículo 20. 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 **R**red **i**ntegral e **i**ntegrada **T**erritorial de **S**servicios de **S**alud **(RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis**, 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 **S**sistema de **S**salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del **S**sistema de **S**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	Se deja claridad que la autorización de pago de servicios debe incluir también medicamentos, suministros, prótesis y demás

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 Territoriales de Salud - RIITS, 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 territorial 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 en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales	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 Territoriales de Salud –(RIITS), 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 **R**red **i**ntegral e **i**ntegrada **T**erritorial de **S**servicios de **S**alud **(RIITS)**, 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 Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. **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.	De encontrarse irregularidades 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. **Parágrafo.** El Gobierno **n**Nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicio**s** 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 requiere 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. **Parágrafo 2.** El Gobierno Nacional determinará el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado de cadáver al lugar de residencia, para de la población indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, estrato 1, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen.	**Artículo 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud.** Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica **y/o geográfica** le impide proporcionárselos por sí misma. **Tales como** ~~Son~~ servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, **conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social**. El Gobierno **n**Nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. **En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las** fuentes actuales, **hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.** **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. **Parágrafo 2.** El Gobierno **n**Nacional determinará, **en un plazo de 6 (seis) meses,** el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado de**l** cadáver al lugar de residencia, ~~para~~ de la	En este artículo recogimos parte del espíritu del artículo 9 del Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara, precisando de manera clara los servicios sociales complementarios y el financiamiento con fuentes actuales. En el parágrafo 2 se establece un plazo de 6 meses para regular el traslado de cadáver de las poblaciones focalizadas y la inclusión del SISBEN como método de medición.

	población **campesina, Rrom,** indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, **nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces** ~~estrato 1~~, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen.	
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 personas gestantes no cotizantes recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029. 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.	**Artículo 22. 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 **de origen común** ~~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, **categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces,** recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029. 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)	Se deja claridad que la mujer o persona gestante que recibirá el medio salario mínimo, debe estar focalizada dentro de los niveles A, B o C del SISBEN.

	días hábiles contados a partir de la aprobación.	
Artículo 21. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los requisitos para que a las Instituciones de Salud del Estado - ISE e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS privadas o mixtas, se les concedan créditos blandos con tasas compensadas, 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.	**Artículo 23. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** El **Gobierno nacional** ~~Ministerio de Salud y Protección Social~~ establecerá los requisitos para que a las Instituciones de Salud del Estado **—**(ISE**)** e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud **—**(IPS**)** privadas o mixtas, se les concedan créditos blandos con tasas compensadas, 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.	Sin modificaciones de fondo, solo se cambia la Cartera Ministerial por El Gobierno Nacional. Se reenumera el artículo.
	ARTÍCULO 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante. Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la respectiva caja. **Parágrafo. La modificación temporal de la destinación del porcentaje del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) será hasta por dos (2) años**	El presente artículo nuevo busca permitir que aquellas Cajas de Compensación que administran programas de salud o que participen en el aseguramiento de la misma puedan destinar recursos de apropiación del FOSFEC al cubrimiento de pasivos debidamente auditados, lo anterior con una temporalidad de dos años, contribuyendo al saneamiento y flujo de caja del sector salud.

	contados a partir de la entrada en vigencia de presente Ley.	
	Artículo 25. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así: **"Artículo 2: Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras. Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud:** **1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** **2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.** **3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.** **4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.**	Buscando que los usos de los recursos de las cuentas maestras de salud puedan ser nuevas fuentes de financiación del sistema, se adiciona un artículo nuevo que realiza una modificación al artículo 2 de la Ley 1608 de 2013 para tal fin.

	5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito. **PARÁGRAFO. Para usar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Asimismo haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo."**	
	ARTÍCULO 26. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así: **"Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones. Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por**	En el mismo sentido del artículo anterior y con el objetivo de buscar nuevas fuentes de financiamiento y entregarles mayor autonomía a las entidades territoriales para el pago de los pasivos de sus ESE, se plantea modificación al artículo 3 de la Ley 1797 de 2016

	estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial. **Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la ADRES; estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior.** **Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda."**	
	Artículo 27. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así: **"ARTÍCULO 21. USOS DE LOS RECURSOS EXCEDENTES DEL SECTOR SALUD. Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos:** **1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral.** **2. Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado".**	En el mismo sentido del artículo anterior y con el objetivo de buscar nuevas fuentes de financiamiento y entregarles mayor autonomía a las entidades territoriales para el pago de los pasivos de sus ESE, se plantea modiicación al artículo 21 de la Ley 1797 de 2016
TITULO IV: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	**TITULO IV: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**	No presenta modificaciones
CAPÍTULO I: GESTORAS DE SALUD Y VIDA	**CAPÍTULO I: GESTORAS DE SALUD Y VIDA**	No presenta modificaciones
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	**Artículo 2~~4~~8. 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	De conformidad con lo que manifestado en las mesas técnicas y en el documento allegado al grupo de ponentes, se incluye como función de la gestora la representación del usuario.

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 Territoriales de Salud - RIITS para las subregiones funcionales para la gestión en 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 Territorial 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 Salud - RIITS. 5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros	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 **y la representación del usuario** en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones: **1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).** ~~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. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en 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.** ~~1. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud participar en la organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS para las subregiones funcionales para la gestión en 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.~~	Muchas de las preocupaciones en este artículo era la colaboración que prestaba la gestora, no se evidenciaba una responsabilidad como consecuencia de los verbos, por lo anterior se acogen varias propuestas que fueron enviadas a los ponentes, encaminadas a buscar robustecer la responsabilidad de las gestoras en la confección y puesta en marcha del nuevo Sistema de Salud. De igual forma en el mismo se incluyen a las entidades territoriales en el proceso de conformación del sistema, y se adiciona el numeral 23 encaminado a garantizar la autonía de la gestora para con el usuario. En el numeral 25 se señala que, la gestora al momento de suscribir convenios de desempeño con las prestadoras de salud, debe realizarlos con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Frente a la representación del usuario, se estableció un nuevo numeral donde se deja claro que, es la gestora quien tiene la representación del usuario. Para tranquilidad frente al manejo de los recursos por parte de la gestora, se adiciona un parágrafo donde se establece que ello no implica manejo del factor monetario.

de Atención Primaria en Salud - CAPS y a las Redes Integrales e Integradas Territorial de Salud - RIITS. 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 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 Territoriales de Salud - RIITS, 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 Salud - RIITS 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 Salud - RIITS. 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.	3. ~~Cooperar~~ **Participar** en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada Territorial 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~~ **conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, ~~con~~ incluyendo a** 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 Salud **~~(~~**RIITS**~~)~~**. 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 Territorial de Salud **~~(~~**RIITS**~~)~~**. 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 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 Territoriales de Salud **~~(~~**RIITS**~~)~~**, 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 **y** distritales o **municipales** ~~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	

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 Salud - RIITS 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 Salud - RIITS, 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 Salud - RIITS, la cual será remitida a la	e Integradas Territoriales de Salud –**(**RIITS**)** 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~~ **articuladamente** 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 Salud –**(**RIITS**)**. 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~~ **Garantizar** 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	

Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES para los pagos a que haya lugar. 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 las subregiones donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida. 22. Realizar la gestión y validaciones necesarias 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 Salud - RIITS 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.	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 Salud –**(**RIITS**)** 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 Salud –**(**RIITS**)**, 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 mediana y alta complejidad** de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud –**(**RIITS**)**, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud –**(**ADRES**)** para los pagos a que haya lugar. 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 las subregiones donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida.~~	

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.	21. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas. **22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.** ~~23. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.~~ 23. **Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal** ~~Establecer~~ los convenios de desempeño con **todos** los prestadores de servicios de salud ~~de~~ **según lo definido en la presente Ley,** mediana y alta complejidad, dentro de la Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud –**(**RIITS**)** correspondiente, **con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población**. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o **municipales** de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención**.** 24. 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. 25. **Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutividad en el primer nivel.**	

	Parágrafo 1: Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida. **Parágrafo 2: El** 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 nNacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.	
Artículo 23. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los sesenta (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.	**Artículo 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud.** Dentro de los **tres (3) meses** ~~sesenta (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.	En el presente artículo, los ponentes consideran que el termino de 48 meses para el saneamiento de los pasivos de una EPS que se quiere convertir en gestora, resulta siendo excesivo, y más aún cuando el mismo proyecto establece líneas de crédito para aliviar estas cifras rojas, por lo anterior se reduce a 18 meses; tratándose de quienes salen del sistema y presentan su plan de retiro voluntario, el termino será de 24 meses, estableciendo que este tiene que ser aprobado por la superintendencia y en caso de incumplimiento la EPS se intervendrá. De igual forma en la discusión entre ponentes se decidió hacer claridad sobre las EPS intervenidas, pues solo el interventor podría decidir si se transforma o no, por lo anterior se dejó claro un parágrafo 1 en el cual se establece que el interventor deberá convocar al máximo órgano de la EPS

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 cuarenta y ocho (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 cuarenta y ocho (48) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los sesenta (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. **Parágrafo 1.** Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud y otras fuentes de recursos legalmente establecidas.	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 **dieciocho (18)** ~~cuarenta y ocho (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**s** 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**s** Entidades Promotoras de Salud tendrá**n** que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a **veinticuatro (24)** ~~cuarenta y ocho (48)~~ meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los **tres (3) meses** ~~sesenta (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 **L**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. **Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente.** **En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta**	intervenida para la toma de dicha decisión.

Parágrafo 2. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud - EPS que presenten el plan de habilitación y saneamiento 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 Entidades Promotoras de Salud - 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 treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.	**(30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.** **Parágrafo 1: Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.** **Parágrafo 2~~1~~.** Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud **(EPS)** y otras fuentes de recursos legalmente establecidas. **Parágrafo 3~~2~~**. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud —**(**EPS**)** que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo **30** ~~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 Entidades Promotoras de Salud —**(**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 treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.~~	
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	**Artículo 30. 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	En las mesas técnicas y en el documento que enviaron asistentes a dichas mesas, manifiestan la necesidad de mejorar la redacción del artículo, además de plantear la inclusión de incisos que

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 - CAPS conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS 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, si no ha sido implementado al momento de entrada en vigencia de la presente ley. 4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el	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. **Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.** **La manifestación de transformación deberá acompañarse de un Plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de 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,~~ Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros: 1. **Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal**, **la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)** ~~Colaborar~~ conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud –**(**RIITS**)** **habilitadas** por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, **CAPS** 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	dejaran claros los términos de reglamentación y de la manifestación de transformación en gestora. De igual forma, se mostró preocupación frente a la operación de las EPS en el periodo de transición, se realizaron precisiones en el numeral 1 señalando que en la transición deberán organizar conjuntamente la atención de la población a cargo, en el numeral 3 se deja claridad sobre la implementación del giro directo. Se elimina el numeral 7 por considerar que el mismo se encuentras inmerso en el texto. De igual forma y como producto de las mesas, incluimos dos numerales y un parágrafo, los numerales que señalan que las EPS tendrán remuneración por gastos de administración y se establece su operación como gestoras en los términos de la Ley siempre que cumplan con las condiciones previstas; y el parágrafo, establece que los planes de medicina prepagada deben escindirse en el periodo de transición y que las EPS que no se transforme pueda seguir comercializando estos planes voluntarios.

riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En las mencionadas subregiones 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 Territoriales de Salud - RIITS que organicen las secretarias departamentales y 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 Salud - RIITS 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. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas	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**n** como Entidades Promotoras de Salud (EPS), **será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.** ~~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, si no ha sido implementado al momento de entrada en vigencia de la presente ley.~~ 4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales 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 esos sitios**. En las mencionadas subregiones 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 Territoriales de Salud —**(**RIITS**)** que **organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital** ~~organicen las secretarias departamentales y 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 **L**ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales	

marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. 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 - EPS, 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, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS. **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	e Integradas Territoriales de Salud **–(**RIITS**)** 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 **18** ~~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.~~ 7. 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. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional. 8. 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 **–(**EPS**)**, la Administradora	

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.	de los Recursos del Sistema de Salud **–(**ADRES**)** girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS. 9. **Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.** 10. **En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.** **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 **n**~~N~~acional. **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 **de manera integral, la salud de la población** ~~los servicios de mediana y alta complejidad para la población~~ que se les **asigne** ~~autorice~~ y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical **en los niveles de mediana y alta complejidad**. **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. **Parágrafo 5: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.**	
Artículo 25. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (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	**Artículo 31. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.** Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación **(CAPS) , de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley** ~~asignada para financiar la atención en salud de la~~	En cuanto a la remuneración de las gestoras, y de conformidad con lo manifestado en las mesas, se señala que el 5% de remuneración se realizará con cargo a la UPC de la población que se encuentra adscrita a ellas, haciendo

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 treinta por ciento (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 tres por ciento (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 28 de la presente ley. Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos disponibilidad presupuestal.	~~población de la cual la Gestora participa en su atención integral~~, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca **para tal** ~~al~~ efecto. En caso de que una Gestora de Salud y Vida **no cumpla sus funciones** ~~los estándares de gestión establecidos~~, recibirá hasta un treinta por ciento (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 **participar** ~~recibir hasta el tres por ciento (3%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación de su población asignada para financiar la atención en salud de la población a la cual la Gestora participa en su atención integral,~~ **de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley.** ~~lo cual corresponderá a la gestora y las correspondientes prestadoras de servicios de salud; según lo estipulado en el artículo 28 de la presente ley. Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos a disponibilidad presupuestal.~~	claridad también en el inciso segundo al cumplimiento de las funciones de la gestora, quienes podrán recibir un castigo por incumplimiento de funciones. De igual forma en el presente artículo, se establece que los incentivos se entregaran por cumplimiento de resultados y que las gestoras participaran por estos mismos que son desarrollados en artículo 34.
CAPÍTULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS	**CAPÍTULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS**	No presenta modificaciones
Artículo 26. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS. 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 Salud (RIITS), 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.	**Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – (RIITS).** Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud **(APS)**, la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), 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.	El artículo tiene un cambio en relación con la suscripción de los acuerdos de desempeño. La propuesta original establecía que estos los realizarían las secretarias de salud con los CAPS, no obstante, en las mesas técnicas, se planteó la necesidad de que la gestora tuviera relevancia en la gestión desde el nivel primario, por lo anterior en aras de establecer un

Estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud 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 Salud – RIITS. 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. El seguimiento al convenio de desempeño lo harán las Gestoras de Salud y Vida. En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud - 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 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, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS y deberán 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 Salud – RIITS, con fundamento en los ámbitos de abordaje. **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 y 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	Estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud 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 Salud –(RIITS). 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 Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales** ~~las Secretarías de Salud~~ Departamentales y Distritales **o Municipales,** 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. **El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.** ~~de desempeño lo harán las Gestoras de Salud y Vida.~~ En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud –(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 **(RIITS)**, junto con 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. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud Departamentales y Distritales **o Municipales**, 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, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud –(RIITS) y deberán 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 dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS, con fundamento en los ámbitos de abordaje. **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 y 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	sistema de pesos y contrapesos, se estableció que, en el nivel primario, la gestora conjuntamente con la entidad territorial establecerá convenios de desempeño de los CAPS, al que le realizará seguimiento la Unidad Zonal de Planeación y Evaluación.
Territoriales de Salud – RIITS. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud - RIITS 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 Salud – RIITS. **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.	del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud –(RIITS). Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud –(RIITS) 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 Salud **–(**RIITS**).** **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.	
Artículo 27. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS. Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales 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 el 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 Salud - RIITS en las subregiones funcionales para la gestión en salud.	**Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud –(RIITS).** Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud **(RIITS)** 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 el 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 Salud –(RIITS) en las subregiones funcionales para la gestión en salud.	No presenta modificaciones
Artículo 28. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS. El Ministerio de Salud y Protección Social	**Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud –(RIITS).** El Ministerio de Salud y Protección Social	En el presente artículo se establece un acápite sobre los incentivos, estableciendo unos

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 tres por ciento (3%). Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos disponibilidad presupuestal. 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	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**, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario**; 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 **la red de** ~~los~~ prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. **Sobre la Unidad de Pago por Capitación (CAPS)** ~~asignada~~ se reconocerá ~~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 tres por ciento (3%). **Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los Prestadores de Servicios de Mediana y Alta Complejidad.** **Para la asignación, se considerarán de manera**	

5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS 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 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 Salud - RIITS.	**independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:** **a. Resultados en salud: Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán encuenta, entre otros:** **Cobertura en vacunación, Tasa de Mortalidad materna, Tasa de Mortalidad infantil, Cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.** **b. Satisfacción de los usuarios: La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas; en la atención hospitalaria; y en la entrega completa de medicamentos; las tasas de quejas, reclamos, tutelas y desacatos; entre otros.** **c. Uso eficiente de recursos: Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención o de pacientes entre los diferentes niveles dela atención en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.**	

	~~Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos disponibilidad presupuestal.~~ ~~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 Salud –(RIITS) 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 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 Salud –(RIITS).	
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 Salud - RIITS; junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS 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	**Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS)**. 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 Salud –(RIITS); junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud. Todos los Centros de Atención Primaria en Salud –(CAPS) 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), **de acuerdo con las necesidades de la población,** 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,~~	El presente artículo incluye la implementación de los Equipos de Salud Territoriales, a lo anterior los ponentes agregan que estos equipos deben constituirse de conformidad con las necesidades de la población. De igual forma se eliminó el inciso quinto del artículo,por ser una disposición con vocación de transitoriedad y ya estar establecida en el literal b del numeral 4 del artículo 57 sobre régimen de transición y evolución hacía el Sistema de Salud. . Para revisar el cumplimiento de los indicadores de salud de los CAPS, se armoniza la redacción con lo ya señalado en el artículo 32. De igual forma se estandariza el termino de reglamentación a seis meses.

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 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 pública, privada y 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.	~~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 reglamentará **dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley** 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~~ **y** 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 Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales** Departamentales y Distritales **o Municipales,** según corresponda~~ de desempeño con las Gestoras de Salud y Vida con las Secretarias Departamentales o Distritales de Salud, según corresponda,~~ a los cuales ~~a través de~~ las Unidades Zonales de Planeación y **Evaluación** ~~Gestión, las cuales~~ harán seguimiento ~~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 **de los seis (6) meses** ~~del año~~ siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud –(CAPS) de naturaleza pública, privada y 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. b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional,	**Artículo 36. 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 **libre elección** ~~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. **En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.**	En el numeral 1, se manifiesta la libertad de elección que se reiteró en varias ocasiones en las mesas técnicas, se establece entonces que, se deberá garantizar la libertad de elección dentro de la oferta de CAPS que se tengan en la localidad. De igual forma se adiciona que los CAPS, asumen la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.

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 Salud - RIITS 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**	**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. 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 Salud –(RIITS) la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones	

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. 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.	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). 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 de l**os** ~~s~~ 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.	

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 Salud – RIITS 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 Salud - RIITS, 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.	**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 Salud ~~–~~ (RIITS) 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 Salud ~~–~~ (RIITS), 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.	

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 Salud - RIITS que operan en las subregiones funcionales para la 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 Salud - RIITS, 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.	**Artículo 37. 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 Salud ~~–~~ (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la 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 Salud ~~–~~ (RIITS), 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. **<u>En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional.</u>** 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	En el presente artículo plasmamos una disposición ubicada en el último inciso del artículo 15 del Proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara, en el entendido que la organización del sistema de referencia y contra referencia no debe establecer talanqueras ni trámites adicionales para el usuario; reiterando además la libertad de elección según disponibilidad y oportunidad.

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 Salud - RIITS, en los servicios e instituciones que le permita atención integral. 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 Salud - RIITS, en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible. 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 Salud – RIITS, 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.	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 Salud ~~–~~ (RIITS), en los servicios e instituciones que le permita atención integral. 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 Salud ~~–~~ (RIITS), en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible. **<u>Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.</u>** 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 Salud ~~–~~ (RIITS), mediante instancias de coordinación regional, departamental, **<u>distrital</u>** 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	traslado de baja y mediana complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros. **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	**Artículo 38. 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 **<u>en Salud</u>**, 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.~~ **<u>Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud harán el seguimiento a los convenios de</u>**	En virtud del sistema de pesos y contrapesos que se establecieron en los artículos precedentes, en este artículo señalamos que son las Unidades Zonales de Planeación las responsables del seguimiento a los convenios de desempeño que sean suscritos por las gestoras, con sujeción a una serie de estándares y lineamientos.

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 desarrollo de las capacidades de las direcciones territoriales de salud se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud en el fondo único de salud, para cada entidad territorial, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud Protección Social. Este desarrollo de capacidades de gestión será gradual y progresivo, priorizando las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional.	**desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) 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.** Para financiar las **U**~~u~~nidades **Z**~~z~~onales de **P**~~p~~laneación y **E**~~e~~valuación en **S**~~s~~alud 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 desarrollo de las capacidades de las direcciones territoriales de salud se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud en el fondo único de salud, para cada entidad territorial, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud Protección Social. Este desarrollo de capacidades de gestión será gradual y progresivo, priorizando las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional.	
CAPÍTULO III: INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO	**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:	**Artículo 3~~3~~. 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:	Se establece que, el Consejo Directivo de las ISE aprobará su manual de contratación, de igual forma se sustituye la palabra exorbitante por excepcionales, lo anterior en virtud de pronunciamiento del Consejo de Estado, CE, Rad. 39536, 2017
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 5 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.	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 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado **(ESE)** 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 **para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio del uso discrecional de** ~~pero podrán, utilizar discrecionalmente~~ las cláusulas **excepcionales** ~~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	

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 identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico 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.	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 identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico 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 **la** 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 las subregiones funcionales 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:	**Artículo 4~~0~~. 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 las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.	En el parágrafo 3, se establece que, para los CAPS, habrá una asignación per cápita, con criterios de ajuste por diversos tipos de variables, dada la diversidad demográfica de nuestra nación. De igual forma, el cargo adicional al presupuesto para formalización laboral se deja a discrecionalidad con un verbo blando –podrá-.
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. 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.	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. 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**)** **se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes** ~~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.	

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. **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.	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 **P**presupuesto **General de la Nación** ~~nacional~~ **el Gobierno nacional podrá destinar** ~~se garantizarán~~ recursos anuales para el proceso de formalización laboral**.** ~~,~~ **previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.** El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo. **Parágrafo 1**. Las Instituciones de Salud del Estado **(ISE)** 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. Organos 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	**Artículo 41. Organos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (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 **L**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	En la conformación del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado, se incluye al director territorial de planeación, y que exista un solo representante de los trabajadores De igual forma se eliminan los parágrafos 4, 5 y 6. En cuanto al 4, su permanencia puede desencadenar la falta de alternancia en algunos de los miembros, especialmente los señalados en el punto 4 y 5, el parágrafo 5 se elimina por considerarlo innecesario, el 6 se elimina, toda vez que es incierto la materialización
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 -	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. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.** 4. 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. 5. **Un (1)** ~~Dos (2)~~ representantes ~~s~~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 **—**(ISE**)** 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~~	de esta prerrogativa en cargos de los que no se tiene certeza el género de quien los van a ostentar en el futuro.
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.	~~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. 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,	**Artículo 42. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH)**. Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación **de la red pública** 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 **de la red pública** hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado **(ISE)** 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. 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	Se hace claridad de que el presente fondo de infraestructura y dotación es exclusivamente para la Red Pública Hospitalaria.
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.	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.~~ 11. Los demás recursos que reciba a cualquier título. Para la ejecución de los proyectos a cargo del Fondo de Infraestructura y Dotación **de la Red pública** 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.	
TÍTULO V: PERSONAL DE SALUD	**TÍTULO V: PERSONAL DE SALUD**	
Artículo 37. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno Nacional creará un programa de becas. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. 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	**Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para Becas de matrícula la formación pregradual y posgradual en salud.** Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno **n**Nacional **establecerá e implementará** ~~creará un programa de becas~~: **1. El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas. Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico - quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los**	En el presente artículo se realizan varias precisiones, y se organizan sus incisos para facilitar su hermenéutica e interpretación jurídica, en primer lugar, se establece un numeral en el cual se manifiesta lo inherente al examen nacional único para especialidades medico quirúrgicas, para posteriormente desarrollar lo inherente a la asignación de becas, adicional un numeral tercero donde se manifiesta sobre la ampliación de los cupos docencia-servicio.

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 se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno Nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.	**Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior. Las Instituciones de Educación Superior definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.** **2. Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. 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 1.** Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo **asistencial y/o docencia** remunerado**,** en las regiones con requerimientos de dicho personal. **El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo**. **Parágrafo 2.** Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destinen **el** Gobierno **n**Nacional, **e**Entidades **t**Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior. **3. Ampliación de cupos de docencia-servicio: Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el**	

	Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral o Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.	
Artículo 38. Identificación Unica 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 Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), 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 corresponda entre 1 a 3000 personas al año y de 8 UVT para los que reporten un número de graduados de más de 3000, a la fecha de la mencionada solicitud. Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40% del costo de por primera vez.	**Artículo 44. Identificación Unica 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 Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), 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 corresponda entre 1 a 3000 personas al año y de 8 UVT para los que reporten un número de graduados de más de 3000, a la fecha de la mencionada solicitud. Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40% del costo de por primera vez.~~ **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.**	En el presente artículo acogemos lo señalado en el artículo 38 del proyecto de Ley 135 de 2024 Cámara, consideramos que está mejor desarrollado y su técnica legislativa en la división por literales da mejor comprensión al artículo.

	El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasará de la siguiente manera: **d) 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.** **e) 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.** **Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40 % del valor de la inscripción por primera vez.**	
Artículo 39. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado - 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 noventa por ciento (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	**Artículo 45. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado - (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 noventa por ciento (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 **n**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,	Se elimina el parágrafo 4, por considerar que la vinculación a cargos de planta de personal, de funcionarios que no han aprobado un concurso de méritos, ni han conformado una lista de elegibles, afectaría la carrera administrativa y el mérito.

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, la 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	de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado **–(**ISE**)** que determine el Gobierno **n**Nacional. 2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las **I**instituciones de **S**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 **C**constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9 de la **L**ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, **les serán aplicables** 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, la 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 **L**ley 617 de 2000. Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente **L**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**)**.	

del Estado del orden nacional y territorial, a la 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.	Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado **(ESE)** del orden nacional y territorial, a la vigencia de la presente **L**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 **(ESE)** que, a la entrada en vigencia de la presente **L**ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado –**(**ISE**)**. **Parágrafo 2**. El Gobierno **n**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 40. Régimen especial para trabajadores púbicos del sector salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los primeros seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente ley, previa concertación con representantes de las organizaciones sindicales del sector salud, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, entre otros.	**Artículo 4~~0~~6. Régimen especial para trabajadores públicos del sector salud.** Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los primeros seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente **L**ley, previa concertación con representantes de **los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados** ~~los organizaciones sindicales del sector salud~~, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, entre otros.	Se hace claridad de que la concertación con los trabajadores de la salud se realizará tanto con los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados.

Artículo 41. 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, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán 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	**Artículo 4~~1~~7. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud.** Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas**, con un porcentaje de participación público inferior al 90%,** del **s**Sector **s**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 **(SG-SST)**, 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, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán ~~anualmente,~~ **durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal** ~~al inicio de las sesiones ordinarias~~ ~~del~~ **al** 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 **n**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 **L**ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de	Se hace claridad que los trabajadores de instituciones privadas y mixtas, siempre y cuando estas tengan un porcentaje de participación público inferior al 90% deben ser vinculados mediante normatividad del Código Sustantivo del Trabajo. Se señala además que el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y la Superintendencia deben entregar informes sobre lo dispuesto en el artículo durante los tres primeros meses de cada mes y no al inicio de las sesiones ordinarias del congreso.

de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería.	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 **L**ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería.	
Artículo 42. 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	**Artículo 4~~2~~8. 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.	vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.	
TÍTULO VI: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	**TÍTULO VI: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL**	
ARTÍCULO 43. MODIFÍQUESE EL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 37 DE LA LEY 1122 DE 2007: EJES DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL, EL CUAL QUEDARÁ ASÍ: 3. Prestación de servicios de atención en salud. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para goce efectivo del derecho fundamental a la salud.	**Artículo 4~~3~~9.** Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: ~~Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.~~ el cual quedará así: "3. **Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para **el** goce efectivo del derecho fundamental a la salud.**"**	
Artículo 44. Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 por 2019: Infracciones administrativas, el cual quedará así: 2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, pago de salarios y de seguridad y salud en el trabajo.	**Artículo 5~~0~~.** Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 por 2019: ~~Infracciones administrativas~~, el cual quedará así: **"**2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como ~~sus~~ condiciones ~~de estabilidad laboral, pago de salarios y de seguridad y salud en el trabajo~~ **de trabajo decente.**"	Se elimina la palabra estabilidad laboral y se añade, condiciones de trabajo decente.
	Artículo 51. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: **"ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS. En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia**	

	Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones: **(...)** **2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."**	
	Artículo 52. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así: **(...)** **"PARÁGRAFO 6o. Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3o de esta ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".**	
	Artículo 53. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias: **1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud**	

	previsto en el artículo 6 Ley 1751 de 2015. **2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.** **3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.** **4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.** **5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.** **La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.**	
TÍTULO VII: DISPOSICIONES GENERALES	**TÍTULO VII: DISPOSICIONES GENERALES**	
Artículo 45. 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	**Artículo 54. 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.	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 **a**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 ~~n~~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 46. Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom. Se	**Artículo 55. 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.	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 **a**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 47. 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.	**Artículo 56. 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 **L**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 **L**ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	
TÍTULO VIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS	**TÍTULO VIII: DISPOSICIONES TRANSITORIAS**	
Artículo 48. 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	**Artículo 57. 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 **L**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	

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. 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 progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, 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	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. En desarrollo del principio anterior, el Gobierno **n**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 progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, 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	

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 Unidad de Pago por Capitación - 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. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES, efectuará	discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el **S**sistema de **S**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 **(EPS)** 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 **n**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 **n**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 **(EPS)** al nuevo **S**sistema de **A**seguramiento **S**ocial en **S**salud. 3. Las Entidades Promotoras de Salud **(EPS)** 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 **L**ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación **–** **(**UPC**)** y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud **(SGSSS)** al nuevo **S**sistema de

el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Se descontará de la Unidad de Pago por Capitación - 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 las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden Entidades Promotoras de Salud - EPS, 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	**A**seguramiento **S**ocial del Sistema de Salud. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud —**(**ADRES**)**, efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación **(UPC)** y demás recursos del **A**seguramiento **S**ocial en **S**salud. Se descontará de la Unidad de Pago por Capitación ——(UPC) las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud **(CAPS)** en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud **(SGSSS)** serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud **(EPS)** hasta por el periodo de transición de dos **(2)** 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 **(EPS)** con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud **(EPS)**, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden Entidades Promotoras de Salud —(EPS), los Centros de Atención Primaria en Salud **(CAPS)**, en primer lugar, o la	

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. 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 adscripción 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 Territoriales de Salud - RIITS. 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	Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud **(EPS)** 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 **(EPS)** liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. 5. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud **(CAPS)** 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 adscripción 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 **S**social en la estructuración de las Redes **I**integradas e **I**integrales Territoriales de Salud —**(**RIITS**)**. Las Entidades Promotoras de Salud **(EPS)** 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

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 Salud – RIITS que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS. 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 - CAPS. 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.	el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. 7. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud **(EPS)** que así lo acuerden con el Gobierno **n**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 Salud **–** **(**RIITS**)** que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud **–** **(**CAPS**)**. 8. Las Entidades Promotoras de Salud **(EPS)** 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 **(SGSSS)**, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud **–** **(**CAPS**)**. 9. Las Entidades Promotoras de Salud **(EPS)** podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección **S**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	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 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	organización de los Centros de Atención Primaria en Salud **–** **(**CAPS**)**, los trabajadores que, a la vigencia de la presente **L**ley, trabajen en las Entidades Promotoras de Salud **(EPS)**, 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 **(EPS)**. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación **(UPC)** cuando sea pertinente por las 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 **(EPS)** hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo
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. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de salud del Estado se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones 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	**S**sistema de **A**aseguramiento **S**social en **S**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 **n**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 **E**entidades **P**promotoras de **S**alud **(EPS)** 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 **E**entidades **P**promotoras de **S**alud **(EPS)** 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. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado **(ESE)** que se transformen en Instituciones de **S**salud del Estado **(ISE)** se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos	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. 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	los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos. 14. El Gobierno **n**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 **L**ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. 15. El Gobierno **n**Nacional, diseñara programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado **(ESE)** que se transformen en Instituciones de Salud del Estado **(ISE)**, 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 **S**salud. 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 **(ESE)** del orden Nacional se

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 el 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.	transformarán en Instituciones de Salud del Estado **(ISE)**. Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado **(ESE)** 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 **(ESE)** de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado –**(**ISE**)**, para el efecto el Gobierno nNacional 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 **(ESE)**, 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 **L**ey, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las **e**Entidades **t**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 **(ESE)** transformadas en Instituciones de Salud del Estado –**(**ISE**)**, continuarán en el 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 **L**ey 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 **(ISE)**, se implementarán en el término no mayor a un (1) año. **18. Las personas que, al 31 de diciembre 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:** **a. 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.** **b. 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.** **c. 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.** **d. 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.** **19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través del Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.** **Artículo 58. Vigencia**. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.	
Artículo 49. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.		

10. PROPOSICIÓN

Por las anteriores consideraciones y haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, nos permitimos rendir **PONENCIA POSITIVA** y, en consecuencia, solicitamos de manera respetuosa a la Honorable Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes dar **PRIMER DEBATE** al **PROYECTO DE LEY No. 312 de 2024 Cámara**, acumulado con el **Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara** *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"*.

De los Honorables Representantes,

MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal	**JORGE ALEXANDER QUEVEDO H.** Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador
CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U	**ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN** Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico
JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde	**KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR** Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16 Partido Verde
GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes	

11. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE

"POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"

EL CONGRESO DE COLOMBIA
DECRETA:

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 en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

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, esta Ley 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 operativo a cargo de los actores del sistema y financieros a cargo del Estado, con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 3. Atención Primaria en Salud (APS). Según lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, artículos 12 a 16, la Atención Primaria en Salud (APS) fue adoptada como estrategia dentro del Sistema de Salud y está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana.

La Atención Primaria en Salud (APS) se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud y afectar positivamente los determinantes en salud.

Se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Es transversal al Sistema de Salud y todos sus integrantes son responsables por su desarrollo en lo de su competencia, y deberán realizar la abogacía correspondiente para lograr los objetivos de la APS.

Por tratarse de una acción intersectorial/transectorial, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, para la intervención de los determinantes sociales de la salud, destinarán recursos adicionales de fuentes diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud. En los territorios los gobernadores y alcaldes distritales y municipales serán los responsables de la coordinación y dirección de las acciones de intervención de los determinantes sociales.

Artículo 4. Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo basado en la Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente del territorio colombiano. Define 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 (RIITS), 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 fortalecer 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 Salud (RIITS) 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, de acuerdo con las necesidades de la población.

El modelo es predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud, preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; 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 5. 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; así como la gestión de los procesos al interior del Sistema. Además ejercerá 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.

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 departamentos, distritos y municipios, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud, prevención 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 definirá la construcción de la Política de Calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).

Artículo 6. 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:

1. Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. Ministro del Trabajo o su delegado.
4. Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible o su delegado.
5. Ministro de Ciencia, Tecnología e Innovación, o su delegado.
6. El Director de Planeación Nacional o su delegado.
7. El Director de la ADRES o su delegado.
8. Un representante de los gobiernos territoriales.
9. Un representante de los trabajadores de la salud.
10. Un representante de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
11. Un representante de pacientes o usuarios.
12. Un representante de la academia, facultades y escuelas de salud.
13. Un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.
14. Un representante de las Gestoras de Salud y Vida.
15. Un representante de las IPS.

El Superintendente Nacional de Salud, el Director del INVIMA y el Director del Instituto Nacional de Salud 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 siete (7) 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 calificada del total de los miembros del Consejo.

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, 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 cabeza de la Secretaría Técnica en el primer trimestre 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. Las decisiones que tengan implicaciones fiscales y sobre la calidad del servicio público de salud requerirán el concepto favorable del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la Ley, los mecanismos de elección, alternancia y participación en este Consejo.

Parágrafo 3. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano independiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito y previa convocatoria, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su presupuesto el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que cubra los gastos de la Secretaría Técnica, honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.

Parágrafo 5. 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 7. Sistema Público Unificado e Interoperable 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, 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, priorizando territorios donde aún no hay conectividad, 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.

El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional.

El manejo de la información confidencial sobre las condiciones de salud de las personas estará sujeto a la normatividad vigente, en especial a la Ley 2015 de 2020.

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

Artículo 8. Obligatoriedad de las cotizaciones. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas en calidad de empleadores, y las personas naturales de acuerdo con la normatividad vigente.

Las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre los salarios, honorarios, pensiones, ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al Sistema de Salud son obligatorias.

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).

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 mensualizados, 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 de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, 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 pública, privada y mixta,
5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) 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. Realizar el pago de la remuneración por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida.
9. Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad.
10. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda.
11. 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.
12. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
13. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria en Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.
14. Garantizar el flujo oportuno de los recursos del Sistema de Salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.
15. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.
16. 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. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados y auditados por los diferentes prestadores y proveedores, de acuerdo a lo establecido en la presente Ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.
17. 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.
18. 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 Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
19. 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.
20. 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.
21. Entregar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos y análisis del gasto para el establecimiento y actualización del régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
22. 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.
23. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.
24. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión o funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social que este determine.
25. 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.
26. Suscribir los acuerdos marco con los prestadores, gestores farmacéuticos, y proveedores de servicios y tecnologías en salud.
27. Constituir un fondo para la atención de catástrofes, epidemias y contingencias financieras que se puedan presentar.

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).

Parágrafo 2. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de un (1) año 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 fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes:

1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de Salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.
2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.
3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.
4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 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 de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.
8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente Ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.
9. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.
10. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.
11. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991.
12. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES.
13. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal.
14. Los recursos destinados al financiamiento de los Residentes Médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.
15. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud.
16. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.

17. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del Sistema de Salud.
18. Los recursos que se recauden por concepto de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.
19. Figura jurídica para la destinación específica del 0.5 del IVA social.

Artículo 11. Nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud. El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirá nuevas fuentes de financiación para el Sistema de Salud que incluya a partir del año 2026, la siguiente:

Adiciónese el artículo 513-14 del Título X del Libro III del Estatuto Tributario, así:

Artículo 513-14. Destinación de los impuestos saludables. El Gobierno nacional, a partir del primero (1°) de enero de 2026, destinará el cien por ciento (100%) del recaudo de los impuestos a las bebidas ultraprocesadas azucaradas (IBUA) y los impuestos a los productos comestibles ultraprocesados industrialmente y/o con alto contenido de azúcares añadidos (ICUI), al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Artículo 12. 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 del nivel primario conforme a los presupuestos estándar en sus componentes fijo y variable, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial.
3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente Ley.
5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.
6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.
7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente Ley.
8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
9. El saneamiento financiero de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
10. El Fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento.
11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias.
12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental del paciente y su acompañante; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
13. El financiamiento de los laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente Ley.
14. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida.
15. La formación del talento humano en salud.
16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.
17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.
18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.
19. 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 punto 1 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una ~~de~~ Paz Estable y Duradera, 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.
20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza de 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; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).
21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidente de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021.
22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.
23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
24. Las medidas de atención en Salud de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.
25. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) con recursos de inversión o funcionamiento.
26. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente Ley.
27. Los gastos de funcionamiento de la ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.
28. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.
29. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el Sistema de Salud.

Artículo 13. 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 tres cuentas, dos independientes y una general con los demás recursos del Sistema de Salud que ~~se~~ harán 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".

Artículo 14. Traslado presupuestal entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud. Con el fin de optimizar el uso de los recursos y garantizar la atención en salud en todo el territorio nacional, la ADRES podrá realizar traslados presupuestales entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

1. Los traslados presupuestales podrán realizarse entre las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud: la de Atención Primaria en Salud, la de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria y la Cuenta General para el Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.
2. Los traslados deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes del sistema de salud, priorizando la atención en salud de la población más vulnerable, la mejora en la calidad de los servicios y el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.
3. No podrán trasladarse los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones, ni los recursos generados por las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud, ni aquellos que por disposición legal o reglamentaria estén destinados a un fin específico.
4. El traslado de los recursos entre las cuentas debe ser aprobado por la Junta Directiva de la ADRES, previa evaluación técnica y financiera que justifique la necesidad del traslado, garantizando el equilibrio financiero del Fondo y la cobertura de las obligaciones priorizadas.
5. Cada traslado presupuestal deberá ser reportado de manera detallada a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días siguientes a la autorización, con el fin de garantizar la transparencia en el manejo de los recursos públicos y permitir la adecuada inspección, vigilancia y control.
6. El traslado de recursos entre las cuentas no podrá afectar las metas previamente establecidas por la ADRES, ni comprometer los compromisos adquiridos con el Fondo para la atención en salud en sus diferentes niveles.

Artículo 15. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar la 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.
2. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
3. 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).
4. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.
5. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

Estos recursos deberán considerarse en la definición de la Unidad de pago por Capitación (CAPS) con destino a la Atención Primaria en Salud y su crecimiento progresivo, luego de que el Ministerio de Salud y Protección defina técnicamente los alcances, inclusiones, costeo de la atención y costo de la disponibilidad de servicios.

Estos recursos se destinarán a financiar:

1. Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial,
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 16. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria tendrá las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y de los 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, que a la entrada en vigencia de la presente Ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.
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 fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación de la red pública hospitalaria de mediana y alta complejidad.

3. Al transporte intermunicipal, interdepartamental medicalizado de los departamentos y distritos.

Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria de mediana y alta complejidad.

Artículo 17. Cuenta General para el 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 los siguientes usos obligatorios:

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 las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis.
2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes según lo definido en la presente Ley.
3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.
4. El financiamiento para la 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 se deban reconocer por Accidentes de Tránsito y eventos terroristas, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras del SOAT.
7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.
8. Pago de remuneración por la administración 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 18. 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, y demás factores determinantes para cubrir la atención en salud 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 determinará la UPC así:

1. Se asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes y que consideren los contenidos, coberturas y alcances, costeos de la atención y costos de la disponibilidad de servicios en territorio para la Atención Primaria en Salud, que le corresponde al Sistema de Salud.
   La financiación del nivel primario se hará vía oferta, para garantizar los servicios de salud territoriales según las necesidades. El total de los recursos asignados deberá garantizar la sostenibilidad de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad, 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 los recursos financieros adicionales 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.

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 19. 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 32 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 Salud (RIITS), 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 Salud (RIITS), 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 auditorias 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.

Una vez 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% del valor de las facturas presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud dentro de los 30 días calendario siguientes a su radicación. Las Gestoras de Salud y Vida dispondrán de un plazo máximo de 60 días calendario para realizar la auditoría de las cuentas y formular las glosas, si las hubiere. Si no se presentan glosas ni inconsistencias, la ADRES tendrá un plazo adicional de 30 días calendario para pagar el porcentaje restante, completando así el 100% del valor de la cuenta. En caso de que existan glosas o inconsistencias, el plazo de 30 días calendario se contará a partir de la radicación de la respuesta a las glosas formuladas por la auditoría, siempre asegurando que se pague el 100% de la cuenta una vez completado el proceso de auditoría y revisión.

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.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso de radicación, facturación, glosas y pagos, en un plazo no superior a seis (6) meses.

Artículo 20. 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 Territorial de Servicios de Salud (RIITS), al igual que el pago de medicamentos, suministros, prótesis y órtesis, 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 Territoriales de Salud (RIITS), 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 Territorial de Servicios de Salud (RIITS), 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 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.

Parágrafo. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicios 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 21. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica y/o geográfica le impide proporcionárselos por sí misma. Tales como ~~Son~~ servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa, conforme a los que sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a las fuentes actuales, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.

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.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará, en un plazo de 6 (seis) meses, el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado del cadáver al lugar de residencia, de la población campesina, Rrom, indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, nivel A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, que no tengan pago servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen.

Artículo 22. 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 de origen común.

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, categorizadas en los niveles A, B y C del SISBÉN o el instrumento de focalización que haga sus veces, recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.

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.

Artículo 23. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Gobierno nacional establecerá los requisitos para que a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas o mixtas, se les concedan créditos blandos con tasas compensadas, 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.

ARTÍCULO 24. Modificación de la destinación de parte de los recursos del fondo de solidaridad de fomento al empleo y protección al cesante. Las Cajas de Compensación Familiar que hayan administrado o administren programas de salud o participen en el aseguramiento en salud y/o se encuentren en liquidación podrán usar los recursos de su apropiación del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) hasta en un porcentaje del 40% de los recursos del artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, incorporados a dicho Fondo en virtud del numeral 2 del artículo 6 de la Ley 1636 de 2013 para el saneamiento de pasivos debidamente auditados, conciliados y reconocidos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados, así como para efectuar el pago de las deudas que las Cajas de Compensación Familiar presenten con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), registradas en los estados financieros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la respectiva caja.

Parágrafo. La modificación temporal de la destinación del porcentaje del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) será hasta por dos (2) años contados a partir de la entrada en vigencia de presente Ley.

Artículo 25. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedara así:

"**Artículo 2: Uso de los Recursos de Saldos de las Cuentas Maestras.** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme a la prioridad de usos que se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud:

1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la vigencia de causación. Estos recursos se girarán directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios y el pago de la atención de urgencia a la población migrante no asegurada a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación, previa auditoría de cuentas conforme a lo establecido por las normas legales y reglamentarias vigentes.
3. En el pago de pasivos de Empresas Sociales del Estado a cargo de las entidades territoriales. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
4. El saneamiento fiscal y financiero. Se deberán pagar en primera instancia las deudas con el talento humano en salud.
5. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Maestro de inversiones en infraestructura y dotación en salud del respectivo departamento o distrito.

PARÁGRAFO. Para usar los recursos de acuerdo con lo definido en los numerales 3, 4 y 5 las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Asimismo haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo."

ARTÍCULO 26. Modifíquese el artículo 3º de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

"**Artículo 3. Destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones.** Los recursos excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, financiados con recursos del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones, se destinarán si las entidades territoriales lo consideran pertinente al pago de la deuda por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y de no existir deudas por estos conceptos al saneamiento de deudas laborales de las Empresas Sociales del Estado entre otros pasivos de estas entidades que requieran ser saneados para garantizar su operación, de acuerdo con lo que defina la respectiva entidad territorial.

Los recursos excedentes que no fueron saneados y que se encuentren en poder de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), de las Entidades Administradoras de Pensiones y de las Administradoras de Fondos de Cesantías (AFC) serán girados a la ADRES; estos recursos, junto con los que por este concepto tenga la ADRES, serán distribuidos entre los departamentos y distritos, conforme a los criterios definidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social y se destinarán a los mismos conceptos previstos en el inciso anterior.

Los recursos excedentes que fueron saneados y que se encuentren en poder de las Empresas Sociales del Estado o de la Entidad Territorial, serán ejecutados por estas para el pago de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda."

Artículo 27. Modifíquese el artículo 21 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedara así:

"**ARTÍCULO 21. USOS DE LOS RECURSOS EXCEDENTES DEL SECTOR SALUD.** Con el fin de priorizar las necesidades en el saneamiento del sector salud se podrá disponer de los siguientes recursos:

1. Los excedentes y saldos no comprometidos en el uso de recursos de oferta de salud del Sistema General de Participaciones a 31 de diciembre de 2019, se destinarán para el pago de deudas por prestación de servicios de salud de vigencias anteriores, el pago de las deudas de la atención de urgencia de la población migrante no afiliada a cargo de los departamentos y distritos y, de no existir estas deudas, al pago de pasivos de las Empresas Sociales del Estado. En el caso de que el municipio haya perdido la competencia para administrar los recursos de prestación de servicios de salud o de no presentar deudas por concepto de prestación de servicios de vigencias anteriores, dichos saldos serán girados al departamento para financiar las actividades definidas en este numeral.
2. Los recursos recaudados de la estampilla pro-salud de que trata el artículo 1o de la Ley 669 de 2001, se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías de salud sin cobertura en el POS, prestados a los afiliados al régimen subsidiado de salud. Los recursos no ejecutados y/o los excedentes financieros podrán utilizarse para los mismos fines, distritos y, de no existir estas deudas, al saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado".

TÍTULO IV: ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

CAPÍTULO I: GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 28. 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 y la representación del usuario en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:

1. Identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión integral del riesgo en salud incluyendo la población sana. Estas acciones las coordinará con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).
2. Organizar y conformar con las Direcciones Departamentales y Distritales o Municipales las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en 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. Participar en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada Territorial 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 conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, incluyendo a 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 Salud (RIITS).
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 Territorial de Salud (RIITS).
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 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 Territoriales de Salud (RIITS), 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 y distritales o municipales 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 Salud (RIITS) habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado cuando por condiciones del territorio y de la Red así lo requiera la población.
9. Ejecutar articuladamente 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 Salud (RIITS).

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, 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. Garantizar 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 Salud (RIITS) 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 Salud (RIITS), 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 mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.
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. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.
22. Gestionar la atención integral de la salud del usuario, de manera que se disponga de un sistema de atención, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica o digital personalizada, iv) información en sus canales de atención y en su red de prestadores.
23. Suscribir conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal los convenios de desempeño con todos los prestadores de servicios de salud, según lo definido en la presente Ley, dentro de la Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) correspondiente, con criterios de eficiencia, calidad y resultados en salud de la población. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales o municipales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención.
24. 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.
25. Representar al usuario en lo relativo al agenciamiento de los ciudadanos en su tránsito al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), de acuerdo con las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud y su participación en el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando el mayor nivel de resolutividad en el primer nivel.

Parágrafo 1: Lo dispuesto en el presente artículo no implica manejo de recursos, ni ordenación del gasto por parte de las Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 2: El 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 29. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los tres (3) meses 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 dieciocho (18) 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.

El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de las 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) las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a veinticuatro (24) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los tres (3) meses 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. Si el plan de saneamiento no es aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) o siendo aprobado se incumple, la EPS será intervenida forzosamente.

En todo caso la Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.

Parágrafo 1: Para el caso de las EPS intervenidas será deber del agente especial interventor convocar al máximo organismo social de la entidad para que haga la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a la transformación en Entidades Gestoras de Salud y Vida. Deberá a su vez presentar un plan de saneamiento para la aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras fuentes de recursos legalmente establecidas.

Parágrafo 3. A la entrada en vigencia de la presente Ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 30 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 Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.

Artículo 30. 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.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) podrán manifestar su interés de transformarse en Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos que para dicha transformación reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social durante los tres meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

La manifestación de transformación deberá acompañarse de un Plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 29 de la presente Ley.

Durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Organizar conjuntamente con las entidades territoriales del orden departamental y distrital o municipal, la atención de su población a cargo, en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, CAPS 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 permanezcan como Entidades Promotoras de Salud (EPS), será obligatoria la implementación del giro directo a través de la ADRES.
4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales 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 esos sitios. En las mencionadas subregiones 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 Territoriales de Salud (RIITS) que organicen y conformen junto con las entidades territoriales del orden departamental y distrital 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 Salud (RIITS) 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 18 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. 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. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.
8. 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 (EPS), 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, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.

9. Las EPS recibirán los recursos correspondientes al pago de gastos de administración establecidos en la legislación vigente.
10. En cualquier momento y antes de cumplirse los dos años de transición previstos en esta Ley, las EPS que cumplan con las condiciones para su transformación y presenten un plan de saneamiento aprobado, podrán iniciar su operación como Gestoras de Salud y Vida en los términos de la presente Ley.

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 de manera integral, la salud de la población que se les asigne y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad.

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.

Parágrafo 5: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que decidan transformarse en Gestoras de Salud y Vida y que se encuentren administrando Planes Voluntarios en Salud (Medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de salud) deberán escindir esta operación comercial dentro del periodo de transición para convertirse en Gestoras, sin que se requiera nueva autorización para el efecto de los planes vigentes. En ningún caso habrá coexistencia administrativa y financiera con la Gestora de Salud y Vida. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Gestoras de Salud y Vida podrán seguir comercializando Planes Voluntarios en Salud de conformidad con la reglamentación legal vigente.

Artículo 31. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (CAPS), de la población a su cargo, por el cumplimiento de sus funciones definidas en la presente Ley, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca para tal efecto.

En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla sus, recibirá hasta un treinta por ciento (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 participar de los incentivos por el cumplimiento de resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según lo estipulado en el numeral 4 del artículo 34 de la presente Ley.

CAPÍTULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS

Artículo 32. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), 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 de salud 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 Salud (RIITS). 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 Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) 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. El seguimiento al convenio lo harán las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación.

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (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 (RIITS), junto con 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. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales de salud Departamentales y Distritales o Municipales, 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, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán 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 Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) 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 Salud (RIITS).

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.

Artículo 33. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) 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 el 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 Salud (RIITS) en las subregiones funcionales para la gestión en salud.

Artículo 34. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con fundamento en los ámbitos de abordaje.

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 y 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, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; 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 la red de prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Sobre la Unidad de Pago por Capitación (CAPS) se reconocerá 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 tres por ciento (3%).
Estos recursos se dividirán por partes iguales entre las Gestoras de Salud y Vida y los Prestadores de Servicios de Mediana y Alta Complejidad.
Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

a. **Resultados en salud:** Los indicadores se evaluarán sobre la línea base inicial disponible hasta lograr las metas establecidas por la OMS/OPS. Se tendrán en cuenta, entre otros:
Cobertura en vacunación, Tasa de Mortalidad materna, Tasa de Mortalidad infantil, Cobertura de pacientes con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y detección temprana de personas con eventos de interés en salud pública.

b. **Satisfacción de los usuarios:** La oportunidad, continuidad y satisfacción con la atención ambulatoria, en consultas generales y especializadas; en la atención hospitalaria; y en la entrega completa de medicamentos; las tasas de quejas, reclamos, tutelas y desacatos; entre otros.

c. **Uso eficiente de recursos:** Se tendrá en cuenta la utilización adecuada de los recursos con los que cuenta la RIITS, pertinencia en los tratamientos acorde con los diagnósticos, adherencia a guías y protocolo de manejo así como adherencia a tratamientos, disminución de las barreras de acceso, disminución de citas no atendidas, tiempos específicos y la atención o de pacientes entre los diferentes niveles dela atención en el nivel pertinente de complejidad que garantice la oportunidad del servicio y el flujo adecuado de pacientes, entre otros.

5. **Resultados**. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) 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 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 Salud (RIITS).

Artículo 35. Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS). 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 Salud (RIITS); junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) 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), de acuerdo con las necesidades de la población, 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.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada vigencia de la presente ley 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 y 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 Gestoras de Salud y Vida conjuntamente con las entidades territoriales Departamentales y Distritales o Municipales, según corresponda a los cuales las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, 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 de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y 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 36. 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 libre elección ~~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.

En virtud del vínculo permanente con su población adscrita y para garantizar la resolutividad del nivel primario, los CAPS asumirán la responsabilidad del usuario en lo relativo al cumplimiento de sus funciones.

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.
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 Salud (RIITS) 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).

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 de los 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 Salud (RIITS) 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 Salud (RIITS), 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.

Artículo 37. 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 Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la 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 Salud (RIITS), 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. En todo caso, la organización del sistema de referencia y contra referencia garantizará que el usuario pueda transitar al interior de las RIITS, sin ningún trámite adicional a la prescripción del profesional.

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 Salud (RIITS), en los servicios e instituciones que le permita atención integral.

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 Salud (RIITS), en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contra referencia, garantizado confidencialidad de la información sensible. Así mismo, se propenderá porque el usuario pueda elegir el prestador según la disponibilidad y la oportunidad existente.

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 Salud (RIITS), mediante instancias de coordinación regional, departamental, distrital 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 38. 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 en Salud, 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 en Salud harán el seguimiento a los convenios de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) 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.

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 desarrollo de las capacidades de las direcciones territoriales de salud se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud en el fondo único de salud, para cada entidad territorial, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud Protección Social. Este desarrollo de capacidades de gestión será gradual y progresivo, priorizando las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional.

CAPÍTULO III: INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO

Artículo 39. 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 5 del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado (ESE) 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 para lo cual el Consejo Directivo aprobará el manual de contratación respectivo; sin perjuicio, del uso discrecional de las cláusulas excepcionales 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 identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico 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 la red integral e integrada territorial de servicios de salud, o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.

Artículo 40. 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 las subregiones funcionales 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.
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) se asignará – para garantizar una oferta adecuada – un per cápita con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes, 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 General de la Nación el Gobierno nacional podrá destinar recursos anuales para el proceso de formalización laboral, previo cumplimiento de los requisitos exigidos en la Ley.

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

Parágrafo 1. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) 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 41. Órganos de dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (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. El director territorial de planeación o quien haga sus veces de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
4. 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.
5. Un (1) representante de los trabajadores de la salud de la institución.

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 (ISE) 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.

Artículo 42. Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red Pública Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación de la red pública 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 de la red pública hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) 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.
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 reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del Fondo de Infraestructura y Dotación de la Red pública 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.

TÍTULO V: PERSONAL DE SALUD

Artículo 43. Fortalecimiento de la oferta institucional para la formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional establecerá e implementará:

1. **El examen nacional único habilitante para admisión a las especialidades médico - quirúrgicas.** Para el acceso a los programas de especialización médico – quirúrgicas 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. Las Instituciones de Educación Superior definirán los criterios definitivos de admisión a estos programas, que en todo caso deberán tener en cuenta los resultados del examen único nacional aquí establecido.
2. **Asignación de becas:** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. 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 1. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo asistencial y/o docencia remunerado, en las regiones con requerimientos de dicho personal. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo establecido en el presente parágrafo.

   Parágrafo 2. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destinen el Gobierno nacional, entidades territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

3. **Ampliación de cupos de docencia-servicio:** Con el fin de aumentar los cupos para la formación del talento humano en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará los criterios de docencia servicio, y definirá la cantidad mínima de cupos que toda Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS) deberá tener tanto en nivel primario como en el complementario. Desarrollará un programa de inversión para que todas las Instituciones de Salud del Estado (ISE) sean reconocidas como escenarios de docencia - servicio. En la red pública hospitalaria se privilegiarán a las Instituciones de Educación Superior pública para el establecimiento de convenios docencia – servicio.

Artículo 44. 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 primera 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.

Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40 % del valor de la inscripción por primera vez.

Artículo 45. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (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 noventa por ciento (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, les serán aplicables 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, la 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 (ESE) del orden nacional y territorial, a la 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 (ESE) 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.

Artículo 46. Régimen especial para trabajadores públicos del sector salud. Otorgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los primeros seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente Ley, previa concertación con representantes de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, entre otros.

Artículo 47. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas, con un porcentaje de participación público inferior al 90%, 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 (SG-SST), 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, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán durante el primer trimestre de cada vigencia fiscal al 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 obtenido la credencial de expendedor de drogas, estás podrán desempeñarse en la dirección de una droguería.

Artículo 48. 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.

TÍTULO VI: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 49. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007:

"3. **Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud."

Artículo 50. Modifíquese el numeral 2 del artículo 3 de la Ley 1949 por 2019, el cual quedará así:

"2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como condiciones de trabajo decente."

Artículo 51. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

"**ARTÍCULO 131. TIPOS DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS.** En ejercicio de la función de control sancionatorio y en desarrollo del procedimiento que para el efecto se haya previsto, la Superintendencia Nacional de Salud podrá imponer las siguientes sanciones:

(…)

2. Multas entre sesenta (60) y hasta ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para personas jurídicas, y entre treinta (30) y hasta (2.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes para las personas naturales."

Artículo 52. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1949 de 2019, el cual quedará así:

(…)

"**PARÁGRAFO 6o.** Para efectos de la imposición de las sanciones acá previstas, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará el proceso administrativo sancionatorio establecido en el artículo 128 de la Ley 1438 de 2011, a excepción de las sanciones derivadas de la conducta descrita en el numeral 11 del artículo 3o de esta ley, la cual solo será excusada por evento de fuerza mayor, que deberá ser acreditada por el infractor dentro de los 5 días hábiles siguientes a su ocurrencia. La Superintendencia Nacional de Salud diseñará un procedimiento y una metodología sancionatoria para la imposición de sanciones por el incumplimiento en el reporte de información".

Artículo 53. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá una facultad regulatoria residual frente a la que es propia del Ministerio de Salud y Protección Social, en las siguientes materias:

1. La compatibilidad y armonización de las normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y del régimen de liquidación de entes u organismos públicos, según el caso, con las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el derecho fundamental en salud previsto en el artículo 6 Ley 1751 de 2015.
2. Las competencias de los integrantes del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019.
3. Los deberes de las entidades territoriales en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007.
4. La actuación de los agentes especiales en las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para administrar o para liquidar, incluidas estas últimas.
5. La definición de criterios y procedimientos para la selección objetiva de contratistas por parte de los liquidadores, en la celebración de contratos de gestión de situaciones jurídicas no definidas, asuntos pendientes y activos remanentes posteriores a la liquidación de entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, con independencia de la forma jurídica que tales contratos asuman.

La eficiencia y sostenibilidad de los gastos administrativos en los procesos liquidatorios ordenados por la Superintendencia Nacional de Salud.

TÍTULO VII: DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 54. 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 55. 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 56. 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 57. 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.

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 progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente Ley, 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 (EPS) 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 (EPS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) 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 Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al nuevo Sistema de Aseguramiento Social del Sistema de Salud.

   La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del Aseguramiento Social en Salud.

   Se descontará de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) hasta por el periodo de transición de dos (2) 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 (EPS) con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

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

   b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden Entidades Promotoras de Salud (EPS), los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), 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 (EPS) 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 (EPS) liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) 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 adscripción 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 Territoriales de Salud (RIITS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) 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 (EPS) 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 Salud (RIITS) que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

8. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) 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 (SGSSS), podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

9. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) 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 (EPS), 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 (EPS). Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) cuando sea pertinente por las 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 (EPS) 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 (EPS) 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 (EPS) 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. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE) se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones 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 (ESE) que se transformen en Instituciones de Salud del Estado (ISE), 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.

    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 (ESE) del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado (ESE) 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 (ESE) 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 (ESE), 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 (ESE) transformadas en Instituciones de Salud del Estado (ISE), continuarán en el 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 (ISE), se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

18. Las personas que, al 31 de diciembre 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:

    a. 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.
    b. 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.
    c. 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.
    d. 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.

19. Se habilita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para estructurar, a través del Grupo Bicentenario, un mecanismo de crédito al sector salud enfocado al pago de pasivos de las EPS, que se transformarán en Gestoras de Salud y Vida, con giro y pago directo a los acreedores contemplados en el plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 58. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Representantes,

MARÍA EUGENIA LOPERA MONSALVE Ponente Coordinadora Representante a la Cámara por Antioquia Partido Liberal	**JORGE ALEXANDER QUEVEDO H.** Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Guaviare Partido Conservador
CAMILO ESTEBAN ÁVILA MORALES Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Vaupés Partido de la U	**ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN** Ponente Coordinador Representante a la Cámara por Valle del Cauca Coalición Pacto Histórico
JUAN CAMILO LONDOÑO BARRERA Ponente Representante a la Cámara por Antioquia Partido Verde	**KAREN JULIANA LÓPEZ SALAZAR** Ponente Representante a la Cámara CITREP No. 16 Partido Verde
GERMÁN JOSÉ GÓMEZ LÓPEZ Ponente Representante a la Cámara por Atlántico Partido Comunes	

12. REFFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Economist Group. The Health Inclusivity Index. Measuring progress towards good health for everyone [Internet]. 2022. Available from: https://impact.economist.com/projects/health-inclusivity-index/documents/El-Haleon_Report_A4.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2000. 253 p.
3. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Organización Panamericana de la Salud; 2023. 264 p.
4. Ministerio de Salud Protección Social. Cifras de afiliación en salud [Internet]. [cited 2024 Apr 29]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx
5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. Health expediture and financing [Internet]. OCDE.Stat. [cited 2024 May 5]. Available from: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA
6. Observatorio Nacional de Salud. Cuando la muerte es evitable [Internet]. Bogotá; 2023. Available from: https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/15. Cuando la muerte es evitable.pdf
7. García- Subirats I, Vargas-Lorenzo I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, Ferrera Da Silva J, Unjer J. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. Gac Sanit [Internet]. 2015;28:480–8. Available from: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.010
8. Peña-Montoya M, Garzón-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia - Colombia. Univ y Salud. 2016;18:219–31.
9. Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. Biomedica. 2019;39(4):737–47.
10. Mora-Moreo L, Estrada-Orozco K, Espinosa O, Mesa Melgarejo L. Characterization of the population affiliated to the subsidized health insurance scheme in Colombia: a systematic review and meta-analysis. Systematic Review. Int J Equity Health [Internet]. 2023;22(28). Available from: https://doi.org/10.1186/s12939-022-01818-x
11. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud [Internet]. 2023. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57803/9789275327562_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y
12. Guerrero R, C M, Gallego Al, Becerril-montekio V, Ec L, Soc M, et al. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex [Internet]. 2011;53(122). Available from: https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf
13. Hernández M. 25 años de la Ley 100 ¿Crisis perpetua? Periódico UNAL [Internet]. 2019 Feb 12; Available from: https://periodico.unal.edu.co/articulos/25-anos-de-la-ley-100-crisis-perpetua/
14. Echeverry-López E. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso

a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Health Reform and Reconfiguration of the Trajectory of Access to Health Services from the Experience of Users in Medellin , C. Rev Gerenc Polit Salud [Internet]. 2011;10(20):97–109. Available from: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18773

15. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia : limitaciones y consecuencias Access to health services in six Colombian cities : limitations. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2009;27(2):120–30. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a03.pdf

16. Banco Interamericano de Desarrollo. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2023. 46 p. Available from: https://publications.iadb.org/es/en-que-gastan-los-paises-sus-recursos-en-salud-el-caso-de-colombia#:~:text=caso de Colombia-,¿En que gastan los países sus recursos en,%3F%3A el caso de Colombia&text=El gasto en salud está,un envejecimiento de la población

17. Observatorrio Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud. Informe Nacional Técnico [Internet]. Bogotá, Colombia; 2015. Available from: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.059.

18. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Tutelas en Salud 2022. Orden Trigésima (30) de la Sentencia T- 760/08 [Internet]. 2022. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-salud-2022.pdf

19. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2022. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo - Defensoría Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social; 2023. 1–243 p.

20. Romero Tobón JF. Las acciones públicas de Inconstitucionalidad en Colombia. Grupo Editorial Ibañez; 2019.

21. Izquierdo A, Pessino C. Un gasto eficiente para vidas más sanas. In: Mejor gasto para mejores vidas Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos [Internet]. Banco Iinteramericano de Desarrollo; 2018. p. 263–300. Available from: https://publications.iadb.org/es/mejor-gasto-para-mejores-vidas-como-america-latina-y-el-caribe-puede-hacer-mas-con-menos-resumen

22. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE. Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. 2023. Available from: https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/

23. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018 - 2023. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. [Internet]. Washington, D.C.: OPS(OMS; 2017. 63 p. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34460

24. Vargas Peña GS, Ruiz Sánchez LE, Martínez Saldarriaga LA. El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. Gerenc y Políticas Salud. 2021;20:1–26.

25. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. 118 p. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

26. Asociación Colombiana de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. La capacidad del gobierno cerca de la salud de las personas, familias y comunidades. Colombia 2023. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2023. 283 p.

27. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, República de Colombia. Documento de Sistematización. Análisis funcional y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud [Internet]. 2023. Available from: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2023/col_riis_nov/agenda-riss-nov-2023-final.pdf

28. Roth-Deubel AN, Molina-Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. Rev Salud Publica. 2013;15(1):44–55.

29. Banco Mundial. Evaluación del perfil de signos vitales en atención primaria en salud para Colombia [Internet]. Washington; 2020. Available from: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35021/Primary-Health-Care-Vital-Signs-Profile-Assessment-for-Colombia-SP.pdf?sequence=4

30. Asociación Colombiana de Salud Púbica y Organización Panamericana de la Salud. Aportes y desafios en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios priorizados en Colombia 2022. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2023. 1–220 p.

31. Ruiz Rodríguez M, Hormiga Sánchez C, Uribe L, Cadena Afanador L, Mantilla Uribe B, Solano Aguilar S. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. Rev Univ Ind Santander Salud. 2017;49(2):320–9.

32. López Y, González C, Gallego B, Moreno A. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. Biomédica [Internet]. 2009;29:567–81. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/bio/%0Av29n4/v29n4a11.pdf

33. Ministerio de Salud y Protección Social. Cambios en la planeación territorial en salud: estudio de caso en 4 DTS. Papeles en Salud [Internet]. 2018;18. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/%0Aestudio-caso-4-dts.pdf

34. Suárez-Rozo L, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno L, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. Rev Gerenc Polit Salud. 2017;16(32):34–50.

35. Superintendencia Nacional de Salud. Rueda de prensa de SuperSalud sobre hallazgos encontrados en las tres EPS recientemente intervenidas [Internet]. 2024. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=FdmWgeoj87U

36. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T - 1195/2004 [Internet]. 2004. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-1195-04.htm#:~:text="Los bienes de uso público,inalienables%2C imprescriptibles e inembargables".

37. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C - 824/02 [Internet]. 2004. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2004/C-824-04.htm

38. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C - 262/13 [Internet]. 2013. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/C-262-13.htm

39. Magistada Ponente: Clauda Elizabeth Lozzi Moreno. Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Sub - Sección "A" [Internet]. Fallo en primera instancia. Available from: https://www.consejodeestado.gov.co/wp-content/uploads/2019/05/VentaCafesalud.pdf

40. Decreto 1485 de 1994. "or el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud" [Internet]. 1994. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=75979

41. Decreto 882 de 1998. "Por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones" [Internet]. 1998. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva//gestornormativo//norma_pdf.php?i=168560

42. Decreto 574 de 2007. "Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Unico de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas" [Internet]. 2007. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1720870

43. Decreto 1698 de 2007. "Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Unico de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas" [Internet]. 2007. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1865285

44. Decreto 2353 de 2008. "Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Unico de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas" [Internet]. 2007. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1440605

45. Decreto 4789 de 2009 "Por medio del cual se modifican los Decretos 574 de 2007, 1698 de 2007 y 2353 de 2008" [Internet]. 2009. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1550934

46. Decreto 970 de 2011 "Por medio del cual se modifica el Decreto 574 de 2007, modificado por los Decretos 1698 de 2007, 2353 de 2008 y 4789 de 2009" [Internet]. 2011. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1199125

47. Decreto 4185 de 2011 "Por el cual se reasignan unas funciones y se dictan otras disposiciones" [Internet]. 2011. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44598

48. Decreto 1921 de 2013 "Por el cual se modifica el artículo 5° del Decreto 574 de 2007, modificado por los artículos 1° y 3° de los Decretos 1698 de 2007 y 4789 de 2009, respectivamente" [Internet]. 2013. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1371054

49. Decreto 2702 de 2014 "Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones" [Internet]. 2014. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1482610

50. Decreto 1681 de 2015 "Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)" [Internet]. 2015. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168127

51. Decreto 2117 de 2016 "Por el cual se modifican los artí-culos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.10 y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capí-tulo 2, Tí-tulo 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Prot [Internet]. 2016. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30030289

52. Decreto 718 de 2017 "Por el cual se adiciona el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" [Internet]. 2017. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=81413

53. Decreto 682 de 2018. "Por el cual se sustituye el Capí-tulo 3 del Tí-tulo 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcion [Internet]. 2018. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30034764

54. Ley 1929 de 2018. "Por medio de la cual se modifica temporal y parcialmente la destinación de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, definida en el artículo 6° de la Ley 1636 de 2013; y se facu [Internet]. 2018. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30035529#:~:text=El objeto de la presente,en salud y%2Fo el

55. Decreto 1424 de 2019. "Por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2,

se modifica el artículo 2.1.7.11 y se deroga el parágrafo del artículo 2.5.2.2.1.5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, e [Internet]. 2019. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30037769#:~:text=Es el mecanismo excepcional y,donde venían operando las primeras.

56. Decreto 1683 de 2019. "Por el cual se modifican los artí-culos 2.5.2.2.1.10 y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artí-culo 2.5.2.2.1.20 al Decreto número 780 de 2016, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación [Internet]. 2019. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30038100

57. Decreto 600 de 2020. "Por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21 al Decreto 780 de 2016 en relación con el uso transitorio, por parte de las EPS, de los recursos que tengan invertidos en títulos de deuda pública interna, títulos de renta fija y depó [Internet]. 2020. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30039153#:~:text=DECRETO 600 DE 2020&text=(abril 27)-,por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21,parte de la reserva técnica.

58. Decreto 1711 de 2020 "Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el plazo para acreditar las condiciones de habilitación por parte de las entidades que [Internet]. 2020. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30040256

59. Decreto 1811 de 2020. “Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016 en el sentido de ampliar un plazo para la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud” [Internet]. 2020. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30040302

60. Decreto 709 de 2021. “Por el cual se modifica el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016 en relación con el mecanismo de asignación de afiliados” [Internet]. 2021. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30041841

61. Decreto 995 de 2022 “Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10, 2.5.2.2.1.21. Y 2.5.2.4.2.10 del Decreto 780 de 2016, en relación con el uso de los recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 2022. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=187686

62. Decreto 1492 de 2022 “Por el cual se modifican los Artículos 2,1.11.11, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016 en relación con el cálculo del Patrimonio Adecuado y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 2022. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=191370

63. Decreto 1600 de 2022 “Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con los procesos de reorganización institucional de las entidades promotoras de salud (EPS)” [Internet]. 2022. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30044515#:~:text=DECRETO 1600 DE 2022&text=(agosto 05)-,por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título,promotoras de salud (EPS).

64. Contraloría General de la República. Función de Advertencia Incumplimiento Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011 y omisión seguimiento a función de advertencia 2012EE53867 de agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS -Vigencia 2011. 2011.

65. Superintendencia Nacional de Salud. Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas - marzo de 2024 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2024. Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenSubsidiado/INFORME DE EVALUACION DE LOS INDICADORES DE CM PA Y RI - MARZO DE 2024.pdf

66. Martínez F. La salud en el juego del mercado. In: Poder político y mercado en las reformas de la seguridad social Colección La seguridad social en la encrucijada. Universidad Naconal de Colombia; 2018.

67. Contraloría General de la República. Informe de la Contraloría General de la República sobre la situación de cartera de 26 EPS con las IPS y proveedores de la red de prestadores de servicios de salud, con corte a octubre de 2023. 2024.

68. Universidad Nacional de Colombia. Informe de cálculo de la Unidad de Pago por Capitación -UPC. Nota técnica [Internet]. Bogotá, Colombia; 2011. Available from: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Acuerdo 019 de 2010 - Anexo 7 - Informe Calculo de la UPC - Universidad Nacional.pdf %0A Ibidem%0A

69. Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 [Internet]. Vol. 2. 2016. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2015_migr_outlook-2015-en,

70. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Anteción Primaria de Salud. Desde Alma - Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Obejetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán) 25 y 26 de octubre de 2018. Aztaná (Kasajsttán); 2018.

71. World Health Organization. Building the primary health care workforce of the 21st century [Internet]. Astana, Kazakhstan; 2018. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/workforce.pdf

72. Procuraduría General de la Nación. Procurador pidió vincular al personal de la salud con condiciones dignas, decentes y de estabilidad laboral [Internet]. Boletín N° 26. 2021 [cited 2024 May 5]. Available from: https://apps.procuraduria.gov.co/portal/Procurador-pidio-vincular-al-personal-de-la-salud-en-condiciones-dignas_-decentes-y-de-estabilidad-laboral.news#:~:text=A través de la Circular,viables y administrativamente eficientes%2C sin

73. Colegio Médico Colombiano. Encuesta de Situación lanoral para los profesionales de la salud 2019 [Internet]. Epicrisis. Órgano oficial de comunicación del Colegio Médico Colombiano. 2019 [cited 2024 May 5]. Available from: https://epicrisis.org/2019/09/20/encuesta-de-situacion-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud-2019/

74. Torres-Tovar M. ¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud? Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2023;43(1). Available from: https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/354685

75. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores de Talento Humano en Salud [Internet]. Observatorio de Talento Humano en Salud. 2022 [cited 2024 May 6]. Available from: https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx

76. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. Healthcare Resources [Internet]. OCDE HEALTH REAC. 2024 [cited 2024 Jul 24]. Available from: https://data-explorer.oecd.org/vis?tenant=archive&df[ds]=DisseminateArchiveDMZ&df[id]=DF_HEALTH_REAC&df[ag]=OECD&dq=..&lom=LASTNPERIODS&lo=5&to[TIME_PERIOD]=false

77. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores - REPS [Internet]. Prestadores por tipo de servicio y sede. 2024 [cited 2024 Feb 20]. Available from: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro Actual&pageHlp=

78. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-302 de 2017 [Internet]. 2017. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-302-17.htm

79. Corte Constitucional de Colombia. Auto 696 - 2022 [Internet]. 2022. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/autos/2022/A696-22.htm

80. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los hospitales [Internet]. Documentos OPS/OMS en Chile. Organización Panamericana de l Salud; 2011. 1–300 p. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52624

81. Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe Técnico 11 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2019. Available from: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-ons-11-Acceso-a-servicios-de-salud-en-Colombia2.pdf

82. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Heal Organ [Internet]. 1978;56(2):295–303. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736?locale-attribute=es&

83. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión Integral del Riesgo en Salud. 2018.

84. Gamboa Ó, Buitrago G, Patiño A, Agudelo N, Espinel L, Eslava-Schmalbach, J Guevara Ó, et al. Fragmentation of Care and Its Association With Survival and Costs for Patients With Breast Cancer in Colombia. JCO Glob Oncol. 2023;e2200393(May).

85. Pardo C, Vries E. Supervivencia al cáncer de mama y cervix en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. Colomb Med. 2018;49(1).

86. Globocan. Global Cancer Observatory [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 20]. Available from: https://gco.iarc.fr/en

87. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Boletín técnico EEVV 2019 - 2021* [Internet]. 2022. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_defunciones_IItrim_2022pr.pdf

88. Cuenta de Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la hipertension arteriañ a diabetes mellitus en Colombia. Bogotá, Colombia; 2018.

89. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Boletín técnico estadísticas vitales: Nacimientos en Colombia. 2023.

90. Ministerio de Salud y Proteccion Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen o [Internet]. 2018. 328 p. Available from: https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cumbre-cali-vii-cumbre-iberoamericana-S0212656718302397

91. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. 2023.

92. UNFA. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. 2023.

93. Resolución 2364 de 2023 "Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigenci [Internet]. Available from: https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2023/12/2364-Por-la-cual-se-fija-el-valor-de-la-Unidad-de-Pago-por-Capitacion-UPC-para-financiar-los-servicios-y-tecnologias-de-salud-de-los-regimenes-subsidiado-y-contributi.pdf

94. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Vigilancia Integrada de muertes en menor de 5 años por IRA, EDA o DNT [Internet]. Bogotá, Colombia; 2021. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS 2021.pdf

95. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. Lancet Glob Heal [Internet]. 2022;10(5):e715–72. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5

96. WHO, UNICEF. A vision for Primary health care in the 21st Century. Towars universal health coverage and sustainable development goals [Internet]. World Health Organizarion. Kazakhstan; 2018. Available from: http://www.who.int/docs/default-

source/primary-health/vision.pdf?sfvrsn=c3119034_2

97. Arenas de Mesa A. Protección Social universal, integral, sostenible y resiliente para erradicar la pobreza, reducir la desigualdad y avanzar hacia un desarrollo social inclusivo. Rev CEPAL Edición Espec 75 años [Internet]. 2023;141(Diciembre):193–216. Available from: https://www.cepal.org/es/publicaciones/69111-revista-cepal-141-edicion-especial-75-anos-un-modelo-desarrollo-mas-productivo

98. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Heal [Internet]. 2019;7(11):e1500–10. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4

99. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage [Internet]. World Health Organization. 2019. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040%0Ahttps://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf

100. Berry RA. Reflections on injustice, inequality and land conflict in Colombia. Can J Lat Am Caribb Stud. 2017;42(3):277–97.

101. Moran V, Suhrcke M, Nolte E. Exploring the association between primary care efficiency and health system characteristics across European countries: a two-stage data envelopment analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023;23(1):1–13. Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-023-10369-y

102. Starfield B, Leiyu S, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.

103. OECD. Realising the Full Potential of Primary Health Care [Internet]. Paris: OCDE Publishing; 2020. 1–228 p. Available from: http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf

104. World Health Organization. Building the economic case for primary health care: a scoping review [Internet]. Vol. 48, Technical Series on Primary Health Care. 2018. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48?fbclid=IwAR3siZ0ZoRXB7ImMqm2MIDHeFU1rfIXvn5nzo3l-2PQXjKEhgPhf3Np1_WU

105. Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. Building Primary Care in a Changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies [Internet]. 2010. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064645/

106. Green L, B; Y, Lanier D, Dovey S. The Ecology of Medical Care. Revisited. N Engl J Med. 2001;344(26).

107. White W. The Ecology of Medical Care. N Engl J Med. 1961;265(26):885–92.

108. Rodríguez-Páez F, Jiménez-Barbosa W, Palencia-Sánchez. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triaje. Univ Salud [Internet]. 2018;20(3):215–20. Available from: http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.124

109. Arango Pinilla, M.M; Arias Ruiz, S; Arrubla, P; Villa, G CJ. GJZFMF. PM. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud ESE en Manizales. Arch Medicija [Internet]. 2009;9(1):25–34. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/2738/273820380005.pdf

110. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T - 760/08 [Internet]. 2008. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm

111. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C 313/14 [Internet]. 2014. Available from: https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm

112. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de política y Hoja de Ruta para su implementación. . Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas [Internet]. 2010. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y

113. Organización Mundial de la Saud -, OMS. Marco operacional para la atención primaria de salud. Transformar la visión en acción. Ginebra. Suiza: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2021. 140 p.

114. Organización Panamericana de la Salud, OPS -. Fortalecimiento de la capacidad resolutiva del Primer Nivel de Atención. Documento de trabajo. 2023.

115. Terraza-Núñez, Rebeca; Vergas-Lorenzo, Ingrid; Vázquez-Navarrete ML. La coordinación entre los niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit [Internet]. 2006;20(6):485–95. Available from: https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911106715485

116. Gérvas R, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. SEMERGEN. 2005;31(9):418–23.

117. Organización Panamericana de Servicios de Salud y Organización Mundial de la Salud. Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones estratégicas [Internet]. Washington, D.C.; 2018. 80 p. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52624

118. Galbraith J. Designing complex organizations. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.

119. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1990.

120. PNUD. Colombia rural: Razones para la esperanza [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, editor. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Bogotá, Colombia; 2011. 92 p. Available from: http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co-ic_indh2011-parte1-2011.pdf

121. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de Servicios. Serie Organización y Gestión de Sistemas de Salud N°3 [Internet]. OPS. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud;(3),mar. 1998. 1998. Available from: https://iris.paho.org/handle/10665.2/35670

122. Cuadrado C, Crispi F, Libuy M, Marchildon G, Cid C. National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies. Health Policy (New York) [Internet]. 2019;123(7):621–9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301307?via%3Dihub

123. Cid Pedraza C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Rev Panam Salud Pública. 2020;44:1.

124. WHO & The World Bank. Direct facility financing: concept and role for UHC [Internet]. 2022. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351945/9789240043374-eng.pdf?sequence=1#:~:text=Direct facility financing is money,individual sources finance them directly.

125. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Pacto 30 • 30 • 30. APS para la salud universal. Washington, D.C.; 2019.

126. Organización Mundial de la Salud - OMS. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2018. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf

127. Wagstaff A, Flores G, Hsu J., Smitz M-F., Chepynoga K., Buisman LR, et al. Progress on Catastrophic Health Spending in 133 Countries: A Retrospective Observational Study. Lancet Glob Heal. 2018;6(2):e169–79.

128. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: A new Global Investment Framework. Lancet. 2014;383(9925):1333–54.

129. Maiz G. ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud [Internet]. Available from: https://oseki.eus/areas/sistemas-sanitarios-publicos/

130. Lee J C. The ecology of medical care in Korea: the association of a regular doctor and medical care utilization. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022;22(1432). Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-022-08821-6

131. Kempski A, Greiner A. Primary care spending: high stakes, low investment. Primary Care Collaborative [Internet]. 2020. Available from: https://thepcc.org/sites/default/files/resources/PCC_Primary_Care_Spending_2020.pdf

132. Starfield B, Shi L, Macinko. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.

133. Mackenbach JP, Stronks K, Kunst AE. The contribution of medical care to inequalities in health: Differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. Soc Sci Med [Internet]. 1989;29(3):369–76. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953689902852?via%3Dihub

134. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J., et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. Lancet Glob Heal [Internet]. 2020;8(2):e191-e203. Available from: https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30482-6/fulltext

135. Sánchez-Román, FR; Carlos-Rivera FG-CJ et al. Costos de atención medica por cáncer cérvicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;50(1):99–106.

136. GLOBOCAN. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Incidencia de cáncer de cuello uterino. Colombia. 2022. Available from: https://gco.iarc.fr/today/en/data-sources-methods#incidence

137. Pei J, Shu T, Wu C, Li M, Xu M, Jiang M, et al. Impact of human papillomavirus vaccine on cervical cancer epidemic: Evidence from the surveillance, epidemiology, and end results program. Front Public Heal [Internet]. 2023;5. Available from: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.998174/full

138. Kushner RF., Ryan DH. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. JAMA [Internet]. 2014;312(9):943–52. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25182103/

139. Johns DJ., Hartmann-Boyce J, Jebb SA., Aveyard P. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. Obes Rev [Internet]. 2014;15(10):818–38. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25257365/

140. Rossen J., Yngve A., Hagströmer M, Brismar K., Ainsworth BE., Iskull C., et al. Physical activity promotion in the primary care setting in pre - and type 2 diabetes - the Sophia step study, an RCT. BMC Public Health [Internet]. 2015;15(647). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26164092/

141. Knowler WC, Barrett-Connor E., Fowler SE., Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. New England Journal of Medicine. N Engl J Med [Internet]. 2002;346(6):393–403. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11832527/

142. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. Diabetes Care [Internet]. 2020;43((Supplement 1), S1-S212.). Available from: https://diabetesjournals.org/clinical/article/38/1/10/32237/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2020

143. Faruqi N., Thomas L., Parker S., Harris-Roxas B, Taggart J., Spooner C, et al. Primary health care provider-focused interventions for improving outcomes for people

with type 2 diabetes: a rapid review. Public Heal Res Pract [Internet]. 2019;29(4). Available from: https://doi.org/10.17061/phrp29121903

144. Keng MJ., Tsiachristas A., Leal J., Gray A., Mihaylova B. Impact of achieving primary care targets in type 2 diabetes on health outcomes and healthcare costs. Diabetes Obes Metab [Internet]. 2019;21(11):2405–2412. Available from: https://doi.org/10.1111/dom.13821

145. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2010;122(4):406–41. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1

146. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Dai S., De Simone G. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2010;121(7):e46-e215. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/circulationaha.109.192666

147. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control. Circulation [Internet]. 2016;134(6):441–50. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502908/

148. Romero M, Vásquez E, Acero G, Huérfano L. Estimación de costos directos de los eventos coronarios en Colombia. Rev Colom Cardiol [Internet]. 2018;25(6). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332018000600373

149. van der Pol M, Olajide D, Dusheiko M, Elliott R., Guthrie B., Jorm L, et al. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: longitudinal analysis. BMC Fam Pract [Internet]. 2019;20(1). Available from: https://doi.org/10.1186/s12875-019-0921-z

150. Palacios J., Khondoker M, Mann A., Tylee A, Hotopf M. Depression and anxiety symptom trajectories in coronary heart disease: Associations with measures of disability and impact on 3-year health care costs. J Psychosom Res [Internet]. 2018;104(1–8). Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.015

151. Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, De Rosa M, Eschalier B, Vorilhon C, et al. Impact of patient education on chronic heart failure in primary care (ETIC): a cluster randomised trial. BMC Fam Pract [Internet]. 2016;17(80). Available from: https://doi.org/10.1186/s12875-016-0473-4

152. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet [Internet]. 2007;370((9590)):841–50. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17826169/

153. Pinto-Masís D, Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M, Miranda C, Pérez A, de la Espriella M, et al. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. Rev Colombi Psiquiat [Internet]. 2010;39(3):465–80. Available from: https://www.redalyc.org/pdf/806/80619187002.pdf

154. Aldridge LR, Garman EC, Patenaude B, Bass, J. K.; Jordans MJ, Luitel NP. Healthcare use and costs among individuals receiving mental health services for depression within primary care in Nepal. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022;22(1):1596. Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-022-08969-1

155. Angstman KB, Rasmussen NH., Herman DC., & Sobolik JJ. Depression care management: impact of implementation on health system costs. Heal care Manag [Internet]. 2011;30(2):156–60. Available from: https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e318216f8e5

156. Harder VS., Barry SE., French S., Consigli AB, Frankowski BL. Improving Adolescent De-pression Screening in Pediatric Primary Care. Acad Pediatr [Internet]. 2019;19(8):925–33. Available from: https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.02.014

157. Han E, Chung W, Trujillo A, Gittelsohn, Shi L. The associations of continuity of care with inpatient, outpatient, and total medical care cost among older adults with urinary incontinence. BMC Health Serv Res [Internet]. 2023;23(344). Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-023-09232-x

158. Bazemore A, Merenstein Z, Handler L, Saultz J. The Impact of Interpersonal Continuity of Primary Care on Health Care Costs and Use: A Critical Review. Ann Fam Med [Internet]. 2023;21:274–9. Available from: https://doi.org/10.1370/afm.2961

159. Hogne Sandvik;, Hetlevik; Ø, Hunskaar JB. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract [Internet]. 2022;72(715):e84–90. Available from: https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340

160. Hansen A, PA H, Aaraas O, Førde. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. Br J Gen Pr. 2013;63(612):482.

161. World Health Organization. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565707

162. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM) [Internet]. 2020. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

163. González A M. Los costos directos e indirectos del embarazo en Colombia. 2013. Fac Econ Univ los Andes [Internet]. 2013; Available from: https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/8fc2705f-c2ec-4d24-a84f-817ffcb46c1d/content

164. Herrera J. Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica [Primary care and maternal and infant mortality in Latin American countries]. Aten Primaria [Internet]. 2021;45(5):244–8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985537/

165. Black RE, Victora CG., Walker SP, Bhutta ZA., Christian P., de Onis, M., ;Uauy R. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet [Internet]. 2013;382(9890):427–51. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23746772/

166. Kristjansson E, Francis DK, Liberato S., Benkhalti Jandu M, Welch, V., Batal M, Greenhalgh T, et al. Food supplementation for im-proving the physical and psychosocial health of socio-economically disadvantaged children aged three months to five years. r. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2015;3(CD009924). Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD009924.pub2

167. Saaka M, Galaa S. Improving the utilization of health and nutrition services: experience from the Catholic Relief Services supported the Development Assistance Programme in Ghana. Prim Health Care Res Dev [Internet]. 2011;12(2):145–56. Available from: https://doi.org/10.1017/S1463423610000411

168. Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta de redefinición de las características de operación de los hospitales públicos. Colombia 2022 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2022. 1–500 p. Available from: Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia